

Anna-Maija Högander-Kangas

TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN OMAHOIDON
VALMIUKSIEN JA TUEN TARPEEN ARVIOINTI
PIH-MITTARILLA

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

TYYPIN 2 DIABEETIKOIDEN OMAHOIDON VALMIUKSIEN JA TUEN TARPEEN ARVIOINTI PIH-MITTARILLA

Högander-Kangas, Anna-Maija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2016
Ohjaaja: Olli, Seija
Sivumäärä: 44
Liitteitä: 4

Asiasanat: tyypin 2 diabetes, omahoito, PIH-mittari

Diabeteksen hoidossa on keskeistä diabeetikon ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä yhteistyönä suunniteltu ja toteutettu diabeteksen omahoito. Tämän opin-
näytetyön tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen omahoidon toteutumista
suomennetulla PIH-FIN-mittarilla arvioituna. Tavoitteena oli esitellä PIH-mittarin
soveltuvuutta tyypin 2 diabeteksen omahoidon hallinnan ja tuen tarpeen arviointiin
sekä tuottaa tutkittua tietoa tyypin 2 diabeteksen omahoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun terveystalon
kanssa. Tavoitteena oli kerätä tutkimusaineistoa kyselyhaastattelulla 50:ltä yli 60-
vuotiaalta tyypin 2 diabeetikolta. Lopullinen tutkimusaineisto käsitti 10 haastattelua.
Tutkimuksessa käytettiin australialaisessa Flindersin yliopistossa professori
Battersbyn kehittämää the Partners in Health scale eli PIH-mittaria. Suomennetun
PIH-mittarin yhteneväisyys alkuperäisen ja suomenkielisen mittarin välillä varmen-
nettiin ennen aineiston keräystä. Aineiston analysoinnissa käytettiin tunnuslukuja,
frekvenssijakaumia ja ristiintaulukointia.

Tutkimuksen mukaan haastatellut tyypin 2 diabeetikot tiesivät terveydentilastaan, sen
hoidosta ja lääkityksestä. He olivat sitoutuneita hoitamaan terveydentilaansa. He seu-
rasivat sairauteensa liittyviä oireita ja testituloksia kohtalaisen usein, ja suurin osa
heistä reagoi muuttuneisiin oireisiin ja testituloksiin kohtalaisen nopeasti. Viimeisin
HbA1c oli puolella tutkimukseen osallistuneista korkeintaan 6,9 %. Valtaosa tutki-
tuista koki selviytyvänsä terveydentila huomioiden. Kaikki tutkitut hallitsivat sai-
rautensa vaikutukset mielialaan ja sosiaaliseen elämään sekä suurin osa fyysiseen
aktiivisuuteen kohtalaisen hyvin. Kaiken kaikkiaan terveelliseen elämään kykeni
valtaosa tutkituista.

Tutkimuksessa käytetty PIH-FIN-mittari soveltuu kuvaamaan tyypin 2 diabeteksen
omahoidon toteutumista. Jatkossa tutkimusaineistoa voisi laajentaa voimalaskelmia
hyödyntäen, jolloin tutkimustuloksista saataisiin tilastollisesti merkittäviä. Tutki-
muksen toistettavuutta voisi arvioida reliabiliteettitesteillä. Lisäksi taustatekijöiden
yhteyttä omahoidon valmiuksiin voisi tarkastella laajemmasta aineistosta eettisyyden
kärsimättä.

OPINNÄYTETYÖN NIMI ENGLANNIKSI

Högander-Kangas, Anna-Maija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2016

Supervisor: Olli, Seija

Number of pages: 44

Appendices: 4

Keywords: type 2 diabetes, self-management, partners in health scale

Self-management has a major role in the treatment of diabetes. Usually self-management is planned and implemented by the diabetic and a health care provider together. The purpose of this thesis was to describe self-management as measured by the PIH-FIN scale. The aim was to pre-test the appropriateness of the PIH scale in managing the self-management of diabetes and to chart the need for support. Another aim was to produce evidence-based data of the self-management of type 2 diabetes.

The thesis was carried out in co-operation with the faculty of Health of Satakunta University of Applied Sciences. The aim was to collect data by an interview from 50 people over sixty years who suffer from type 2 diabetes. However, the final data consists of ten interviews. The Partners in Health scale i.e. the PIH scale was used in the study. This scale was developed by professor Battersby in the University of Flinders in Australia. The consistency between the Finnish translation of the PIH scale and the original scale was verified before the data were collected. The data were analyzed and presented in characteristics, frequencies and cross tabulations.

The results show that people suffering from type 2 diabetes were familiar with their condition, its treatment and medications. They were committed to treatments and observed their symptoms and test results quite often. Half of the participants had their HbA1c level at 6.9 per cent at the highest. Most of the interviewees thought they were coping well despite their disease. All the participants were aware of the effect of diabetes on their mood and social life. Most were also fairly well aware of the effects on their physical activity. In conclusion, most of the participants were able to live a healthy life.

The PIH-FIN scale used in the study can be used to describe the implementation of the self-management of diabetes 2. In the future, the data could be expanded to get statistically relevant data. The repeatability of the study could be assessed by reliability tests. In addition, the meaning of background in self-management skills could be considered on the basis of more extensive data without compromising ethical aspects.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTINEN PERUSTA.....	6
2.1	Tyypin 2 diabetes sairautena ja sen hoito	6
2.1.1	Tyypin 2 diabetes	7
2.1.2	Oireet tyypin 2 diabeteksessa	8
2.1.3	Liitännäissairaudet	8
2.1.4	Levinneisyys	10
2.1.5	Tyypin 2 diabeteksen hoito.....	10
2.2	Diabeteksen omahoito	12
2.2.1	Tiedot ja taidot	13
2.2.2	Seurantakäynnit.....	14
2.2.3	Diabeetikon omaseuranta	14
2.2.4	Omahoitoon sitoutuminen	15
2.2.5	Psyykkinen jaksaminen	17
2.3	Omahoidon arviointi	17
3	TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	20
4.1	Tutkimusmenetelmä	20
4.2	Aineisto ja aineiston keruu	21
4.3	PIH-FIN-mittari	21
4.4	Aineiston analysointi ja raportointi	22
4.5	Eettiset näkökulmat	23
5	TULOKSET.....	24
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	24
5.2	Tieto terveydentilasta ja omahoidosta.....	26
5.3	Sitoutuminen terveydentilan hoitoon	28
5.4	Terveydentilan seuranta ja oireiden hallinta.....	32
5.5	Selviytyminen	34
5.6	Omahoidon hallinnan ja mahdollisen tuen tarpeen yhteys taustatekijöihin	36
6	POHDINTA	37
6.1	Tulosten tarkastelu	37
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	38
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	39
LIITTEET		

1 JOHDANTO

Diabetes on maailmanlaajuisesti yleinen sairaus. Sairastuneita arvioidaan olevan noin 380 miljoonaa koko maailmassa ja Suomessa heitä on jo yli 350 000 (Koski 2015; Saraheimo & Sane 2015). Diabetes sairautena sekä siihen liittyvät sairaanhoidon kokonaiskustannukset ovat lisääntyneet viimeisten vuosikymmenten aikana voimakkaasti Suomessa (Jarvala, Raitanen & Rissanen 2010, 20).

Diabeteksen hoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. Hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen aiheuttamat lisäsairaudet ja turvata potilaan hyvinvointi. (Saraheimo 2015a.) Olennaista diabeteksen hoidossa on sairauden omahoito eli yhteistyössä lääkärin, diabeteshoitajan ja diabeetikon kanssa suunniteltu diabetespotilaan yksilöllinen hoito. Diabeetikon omat tiedot ja taidot hoitaa sairauttaan ovat tärkeitä. Diabeetikko on asiantuntija sairautensa päivittäisessä hoidossa, hän tekee itse hoitoonsa vaikuttavia valintoja ja päätöksiä, ja toisaalta hänellä on myös vastuu näistä. Lääkärillä ja diabeteshoitajalla puolestaan on velvollisuus taata, että diabeetikolla on riittävästi tietoa ja taitoja valintojen ja ratkaisujen tekemiseen. (Himanen 2015a.)

Australialainen Battersby työryhmineen on julkaissut vuonna 2003 kroonisesti sairaiden potilaiden omahoidon onnistumista arvioivan mittarin. Tämän the Partners in Health scale:n eli PIH-mittarin avulla hoitohenkilökunta saa tietoa sairastuneen potilaan omahoidon valmiuksista, ja se antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden lisätä tarvittaessa yksilöllistä hoidonohjausta. Mittarin kehitystyössä mukana oli erityyppisiä kroonisia sairauksia diabetes mukaan lukien. (Battersby, Ask, Reece, Markwick & Collins 2003.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabeteksen omahoidon toteutumista suomennetulla PIH-FIN-mittarilla (Liite 1.) arvioituna. Tavoitteena on esitellä PIH-mittarin soveltuvuutta tyypin 2 diabeteksen omahoidon hallinnan ja tuen tarpeen arviointiin sekä tuottaa tutkittua tietoa tyypin 2 diabeteksen omahoidosta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun terveystieteiden kanssa. Satakunnan ammattikorkeakoulun terveystieteiden yksiköllä on mukana kansainvälisessä tutkimuksessa, joka tehdään yhteistyössä Eurooppalaisen hoitotyön koulutuk-

sen verkostoon kuuluvien ammattikorkeakoulujen (ENNE-verkosto) kanssa. ENNE-verkostosta yhteistyössä mukana ovat Suomen lisäksi Unkari, Hollanti, Kroatia ja Tsekin tasavalta.

2 TEOREETTINEN PERUSTA

2.1 Tyypin 2 diabetes sairautena ja sen hoito

Diabetes on useasta eri sairaudesta koostuva aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee veren glukoosipitoisuuden eli verensokerin kohoamisena. Glukoosin normaali aineenvaihdunta on elämälle välttämätöntä, eikä elämää ilman sitä voi olla. Kun veren glukoosipitoisuus on normaalia korkeampi, glukoosia tarttuu proteiineihin tavallista enemmän, ja näiden sokeroituneiden proteiinien toiminta on häiriintynyt. Diabetekseen liittyy myös rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä ahtauttamalla valtimoita normaalia herkemmin. (Saraheimo 2015b.)

Terveellä henkilöllä verensokeripitoisuus on korkeintaan 6 mmol/l. Diabetes todetaan, jos henkilöllä on selvät diabeteksen oireet ja paaston jälkeinen laskimoverinäytteen glukoosipitoisuus on vähintään 7 mmol/l tai kahden tunnin sokerirasituskokeen jälkeen tai ilman paastoa otetussa verinäytteessä yli 11 mmol/l. Mikäli henkilöllä ei ole diabeettisia oireita, vaaditaan toistettu raja-arvon ylittävä tulos. (Yki-Järvinen & Tuomi 2013; Saraheimo 2015c.) Verensokeripitoisuuden määrittämisessä voidaan käyttää myös pitkäaikaista sokeritasapainoa mittaavaa verinäytteen arvoa, HbA1c. Tällä määritetään punasolujen hemoglobiinin sokeroitunut osuus. Terveellä henkilöllä HbA1c:n viitearvot ovat 20–42 mmol/l, ja arvot usein ilmaistaan myös prosenttiosuutena 4–6 %. (Ilanne-Parikka 2015a.)

2.1.1 Tyypin 2 diabetes

Diabeteksen taustalla on insuliinihormoniin liittyvät ongelmat. Insuliinihormoni voi joko puuttua kokonaan, sen toiminta voi olla heikentynyt tai diabetespotilaalla voi olla molemmat ongelmat samanaikaisesti. Diabetes jaetaan kahteen päätyyppiin erilaisten aineenvaihdunnan häiriöiden mukaan: tyypin 1 diabetes ja tyypin 2 diabetes, sekä näiden lisäksi useaan alamuotoon (Yki-Järvinen ym. 2013; Saraheimo 2015b; Käypä hoito -suositus 2016). Molempien päätyyppien taustalla on geneettinen alttius sairaudelle, mikä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa aiheuttaa diabeteksen (Saraheimo 2015d; Saraheimo 2015e). Tässä opinnäytetyössä keskitytään tyypin 2 diabetekseen.

Tyypin 2 diabetes syntyy, kun haiman tuottaman insuliinin erityis ja vaikutus ovat heikentyneet. Tyypin 2 diabeetikot sairastuvat pääsääntöisesti yli 35-vuotiaana ja yli puolet heistä on 65 vuotta täyttäneitä. Perimän vaikutus sairastumiseen on vahva, mikä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa aiheuttaa sairauden puhkeamisen. Ympäristötekijöiksi tässä sairauden muodossa katsotaan elämäntavat kuten käytetty ruokavalio, kyky painonhallintaan, liikunnan määrä, tupakointi ja alkoholin käyttö. (Saraheimo 2015e.)

Tyypin 2 diabetekseen liittyvää insuliinin tehon vaikutuksen heikkenemistä kutsutaan insuliiniresistenssiksi (Saraheimo 2015e). Kun henkilöllä on keskivartalolihavuuden lisäksi useita insuliiniresistenssistä johtuvia oireita, hänellä todetaan metabolinen oireyhtymä (MBO). Keskivartalolihavuus eli vatsaontelon sisään kertyneen rasvan aiheuttama lihavuus on siis keskeinen ongelma MBO:ssa, mutta siihen liittyy aina myös vähintään kaksi insuliiniresistenssin ilmentämää oiretta, kuten kohonnut verenpaine, kohonnut paastosokeriarvo, veren korkea triglyseridipitoisuus tai matala HDL-kolesterolipitoisuus tai jos henkilöllä on lääkitys näihin. MBO on ongelmallinen siksi, että siihen liittyy lisääntynyt riski sairastua valtimosairauksiin. Tupakointi yhdessä metabolisen oireyhtymän kanssa lisää riskiä kaksinkertaiseksi. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2015a; Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2015b.)

2.1.2 Oireet tyypin 2 diabeteksessa

Diabeteksen tyypillisiä oireita ovat janon tunne, väsymys ja lisääntynyt virtsan erityys. Veren glukoosipitoisuuden nousu ja elimistön solujen kykenemättömyys käyttää veren glukoosia hyödyksi normaalisti aiheuttavat diabetekselle tyypilliset oireet. (Saraheimo 2015f.) Insuliini osallistuu elimistön energia-aineenvaihduntaan säätelämällä glukoosipitoisuutta veressä, ja se on ainoa elimistön hormoni, joka vaikuttaa glukosiin siirtymiseen solun ulkoisesta tilasta solujen sisään (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2015c). Insuliinin puuttuessa tai sen vaikutuksen ollessa heikentynyt solut eivät saa normaalia määrää glukoosia, jolloin maksa tuottaa glukoosia yli solujen tarpeen. Koska solut eivät kykene käyttämään glukoosia energiaksi, alkaa väsyttää. Munuaiset poistavat liian glukosin, jolloin elimistöstä poistuu myös ylimääräistä nestettä ja energiaa. Koska nestettä poistuu elimistöstä, elimistö kuivuu, janon tunne vahvistuu ja paino laskee. Jos veren sokeripitoisuuden lasku jatkuu, elimistö happamoituu, jolloin ilmenee huonovointisuutta ja tajunnantaso voi alentua. (Saraheimo 2015f.)

Tyypin 2 diabeteksessa glukoosipitoisuus veressä nousee hitaasti ja oireet voivat olla vähäisiä. Oireita ovat tavallisesti väsymys ja syömisen jälkeinen vetämättömyys, mielialan lasku, jalkasäryt, heikentynyt näkökyky ja tulehdusherkkyyys. Taudin edetessä glukoosipitoisuus veressä kasvaa, ja myös tässä taudin muodossa alkaa ilmetä tyypillisiä diabetes-oireita kuten lisääntynyttä virtsaneritystä, laihtumista ja janoa. Tulehdustaudit voivat nostaa verensokeripitoisuuden korkeaksi, mikä voi aiheuttaa vaikean nestetasapainon häiriön ja tajuttomuuden. Kuitenkaan tyypin 1 diabetekselle tyypillistä elimistön happamoitumista eli ketoasidoosia ei tässä diabeteksen muodossa esiinny. (Saraheimo 2015f.)

2.1.3 Liitännäissairaudet

Diabetekseen liittyy useita lisäsairauksia. Sydän- ja verisuonisairauksien, kuten sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja alaraajan valtimotukoksen riski on diabeetikoilla suurentunut. Diabeetikoiden riski saada sepelvaltimotauti on kolmesta viiteen kertaa suurempi kuin ei-diabeetikoilla. (Käypä hoito -suositus 2016.) Diabeetikoiden sepelvaltimot eli sydämeen verta tuovat valtimot ahtautuvat helposti, jolloin sydän kärsii

veren, hapen ja energian puutteesta. Myös veren hyytymistäipumus on lisääntynyt diabetesta sairastavilla, mikä voi aiheuttaa sepelvaltimoon tukoksen, kuolion ja siten sydäninfarktin. (Rönnemaa 2015.) Koska diabetes aiheuttaa verisuoniston ahtaumaa, on diabeetikoilla usein verenpaine koholla. Kohonnut verenpaine yhdessä ahtautuneen verisuoniston ja lisääntyneen verenhyytymistäipumuksen kanssa lisää aivohalvauksen riskiä, mikä diabeetikoilla on jopa nelinkertainen muihin verrattuna. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Munuaiset joutuvat diabeetikoilla rasitukseen, ja se voi aiheuttaa diabeettista nefropatiaa, mikä taas voi johtaa munuaisten vajaatoimintaan ja munuaisten dialyysihoidon. Mikroalbuminuria eli virtsaan erittynyt vähäinen määrä albumiinia on ensimmäinen merkki diabeettisesta nefropatiasta, ja kohonnut verenpaine vaikuttaa myös tämän lisäsairauden etenemiseen. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Diabeetikoilla on usein myös silmän verkkokalvon muutoksia eli diabeettista retinopatiaa. Aluksi oireet voivat olla vähäisiä, mutta muutosten edetessä voi ilmetä näkökyvyn heikkenemistä ja sumenemista tai näkökenttä voi olla repaleinen. Verkkokalvon lievät muutokset ovat taustaretinopatiaa ja vaikea-asteiset proliferatiivista retinopatiaa. Retinopatiaan altistaa useat tekijät, joista merkittävin riskitekijä on kohonnut verensokeripitoisuus. Lisäksi pitkään kestänyt diabetes, todetun retinopatian vaikeusaste, perimä, kohonnut verenpaine, korkeat veren rasva-arvot, munuaisten heikentynyt toiminta, keskivartalolihavuus, anemia ja tupakointi lisäävät riskiä sairastua retinopatiaan ja vaikuttavat sen vaikeusasteeseen. (Seppänen 2013; Käypä hoito -suositus 2016.)

Diabeetikoilla ilmenee myös hermoissa tapahtuneita muutoksia eli neuropatiaa. Suurin riskitekijä tämänkin diabeteksen lisäsairauden taustalla on kohonnut veren sokeripitoisuus (Käypä hoito -suositus 2016). Oireena diabeettisessa neuropatiassa on usein erilaiset jaloissa ilmenevät oireet, kuten jalkojen pistely, puutuminen, suonenveto, tunnottomuus ja särky. (Ebeling 2013; Mervaala & Isomaa 2013). Jalan suojatunnon puutos on tärkein riskitekijä diabeettisen jalkahaavan syntymisessä (Käypä hoito -suositus 2016).

2.1.4 Levinneisyys

Diabetes ei tartu ihmisestä toiseen, mutta se on siitä huolimatta maailmanlaajuisesti yleinen sairaus. Sairastuneita arvioidaan olevan koko maailmassa noin 380 miljoonaa, ja näistä 80–90 % on tyypin 2 diabeetikoita. (Saraheimo ym. 2015.) Suomessa diabeetikoita on diagnosoitu jo yli 350 000. Tuorein arvio diabeetikoiden määrästä perustuu Kansaneläkelaitoksen (Kela) vuoden 2014 lääkekorvaustilastoihin. Lääkekorvaustilastot eivät kuitenkaan anna täysin luotettavaa tietoa diabeteksen yleisyydestä tai yleisyyden muutoksista, koska osa diabeetikoista sairastaa diabetesta tietämättään. Myöskään eri diabetestyyppien yleisyys ei selviä lääkekorvaustilastoista, koska verensokeritasoa alentavien lääkkeiden käyttö ei ole täysin sidoksissa tiettyyn diabetestyyppiin. Kelan lääkekorvaustilastoissa diabeetikot jaetaan kahteen ryhmään lääkkeiden käytön perusteella: insuliinia ja insuliinijohdannaisia käyttäviin sekä muita diabeteslääkkeitä käyttäviin henkilöihin. Insuliinihoitoa käyttävät tyypin 1 diabeetikoiden lisäksi osa raskausdiabeetikoista sekä ne tyypin 2 diabeetikot, jotka tarvitsevat hoitotasapainonsa saavuttamiseen muun lääkityksen lisäksi myös insuliinia tai joille on kehittynyt insuliinipuutos. Insuliinia käyttäviä diabeetikoita vuoden 2014 lääkekorvaustilastojen mukaan oli noin 120 000 henkilöä ja muita verensokeritasoa alentavia lääkkeitä käyttäviä lähes 300 000 henkilöä. Insuliinihoitoa saaneiden diabeetikoiden määrä on lisääntynyt vuosina 2010–2014 noin 16 % ja muita verensokeritasoa alentavia lääkkeitä käyttävien diabeetikoiden määrä on vastaavasti lisääntynyt noin 80 %. (Koski 2015.)

Diabeetikoiden hoitoon liittyvät kustannukset ovat merkittäviä. Vuonna 2007 diabeteksen sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat lähes 1400 miljoonaa euroa. Vuodesta 1998 vuoteen 2007 kustannukset ovat nousseet noin 87 %. (Jarvala ym. 2010, 20.)

2.1.5 Tyypin 2 diabeteksen hoito

Diabeteksen hoito on holistista, yksilöllistä ja yksilölähtöistä hoitoa. Hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen aiheuttamat lisäsairaudet ja turvata potilaan hyvinvointi. (Saraheimo 2015a; Yki-Järvinen 2015; Käypä hoito -suositus 2016.) Pitkäai-

kainen veren sokeritasapainoarvo HbA1c vaikuttaa siihen, miten tyypin 2 diabetesta aletaan hoitaa taudin toteamisvaiheessa. Jos henkilön verinäytteen HbA1c-arvo on taudin diagnosointivaiheessa alle 53 mmol/mol (7.0 %), pyritään tehokkaalla elintapahoidolla vaikuttamaan verensokeritasapainoon suotuisasti. Seuranta kestää 6 kuukautta. Mikäli elintapahoidolla ei saada verensokeritasoa laskemaan, aloitetaan oraallinen verensokeritasapainoa laskeva lääkehoito yleensä metformiinilla tai sulfonyyliurealla. HbA1c-arvon ollessa taudin toteamisvaiheessa 54–75 mmol/mol (7.1–9.0 %), aloitetaan 6 kuukauden elintapahoidon lisäksi yksi oraallinen lääke. Mikäli 6 kuukauden kuluttua HbA1c on edelleen yli 64 mmol/mol (8 %), potilaalle aloitetaan toinen oraallinen lääke. Myös siinä tapauksessa, jos diagnoosivaiheessa potilaalla todetaan 76–108 mmol/mol (9.1–12 %) HbA1c-arvo, aloitetaan kaksi oraalista lääkettä ja elintapahoito. HbA1c-arvon ollessa diagnosointivaiheessa yli 108 mmol/mol (12 %), potilaalla aloitetaan elintapahoidon ja 1–2 oraallisen lääkkeen lisäksi insuliinihoito. (Yki-Järvinen 2015).

Elintapahoito on siis tyypin 2 diabeteksen tärkeä hoitomuoto lääkkeellisen hoidon lisäksi ja riippumatta siitä, mitä lääkettä tai lääkkeitä käytetään hoitona. Mikäli elintapamuutokset ovat pysyviä, voi tyypin 2 diabeteksesta tervehtyä kokonaan. (Yki-Järvinen 2015.) Elintapahoito on monipuolista sydän- ja verisuonitautien riskien hallintaa kiinnittämällä huomiota useisiin eri elämäntapoihin kuten ruokavalioon, painonhallintaan, liikuntaan, tupakointiin ja alkoholin käyttöön (Saraheimo 2015a; Käypä hoito -suositus 2016). Nämä kaikki ovat jokaisen diabeetikon ulottuvilla olevaa lääkkeetöntä hoitoa, jossa olennaista on elämäntapojen muuttaminen mahdollisimman pysyvästi ja jonka avulla pyritään korjaamaan metabolisen oireyhtymän häiriöitä (Heinonen ym. 2005, 14–15).

Verensokeritasapainon alentaminen vaikuttaa moniin tyypin 2 diabeteksen aiheuttamiin lisäsairauksiin. Retinopatian ja neuropatian ilmaantumista voidaan estää alentamalla veren glukoosipitoisuutta. Myös nefropatian hoidossa kohonneen verensokeripitoisuuden alentaminen on olennaista. (Käypä hoito -suositus 2016.) Lisäksi tupakoimattomuus ehkäisee lisäsairauksien ilmaantumista, koska tupakointi supistaa pieniä verisuonia, lisää verisuonten kalkkeutumista, kiihdyttää sydämen sykettä ja nostaa verenpainetta (Ilanne-Parikka 2015b).

Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamien lisäsairauksien hoidossa suositellaan käytettäväksi verensokeritasoon vaikuttavien lääkkeiden lisäksi myös muita lääkkeitä. Kohonneen verenpaineen hoitaminen pienentää huomattavasti valtimosairauksien riskiä. Tavoitetaso verenpaineen osalta diabeetikoilla on 140/90 mmHg ja mikäli lääkkeetön elintapahoito ei tehoa ja joko systolinen tai diastolinen paine on yli tavoitetason, käytetään lääkehoitona ACE:n estäjiä tai ATR:n salpaajia, diureetteja, kalsiuminestäjiä tai beetasalpaajia. ACE:n estäjiä ja ATR:n salpaajia käytetään verenpaineen hoidossa niillä potilailla, joilla on todettu nefropatia. (Yki-Järvinen 2015.) Asetyyli-salisyylihapon käyttöä suositellaan sepelvaltimotaudin ehkäisyyn niillä tyypin 2 diabeetikoilla, joilla on todettu valtimosairaus. Statiineja ja verenhiyytymistä vähentäviä lääkkeitä suositellaan käytettäväksi aivohalvausriskiä alentamaan. (Käypä hoito -suositus 2016.)

2.2 Diabeteksen omahoito

Omahoidolla tarkoitetaan yhteistyössä lääkärin, hoitajan ja sairastuneen kanssa suunniteltua ja toteutettua yksilöllistä näyttöön perustuva hoitoa. Omahoito perustuu potilaan aktiiviseen rooliin oman hoitonsa ja elintapamuutoksensa suunnittelussa ja toteuttamisessa. Painopiste on potilaan asiantuntijuudessa hänen omasta arjestaan, yksilöllisissä hoitoratkaisuissa sekä siinä, että hoitohenkilökunta hyväksyy potilaan omat hoitotavoitteet. Hoito on omahoitovalmennusta, joka perustuu potilaslähtöiseen hoidosta sopimiseen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 1–34.)

Omahoidon yhteydessä puhutaan usein myös itsehoidosta. Itsehoito eroaa kuitenkin omahoidosta merkittävästi. Itsehoidossa ei ole kyse terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiden osallistumisesta potilaan hoidon suunnitteluun, vaan potilas itse suunnittelee oman hoitonsa. (Routasalo ym. 2009, 6.)

Diabeteksen hoidossa omahoito on hyvin olennaista (Käypä hoito -suositus 2016). Omahoidon perustana on henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jonka diabeetikko tekee yhdessä terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa (Diabetesliiton [www-sivut](http://www.diabetesliitto.fi) 2015a; Ilanne-Parikka 2015c; Battersby n.d.). Hoitosuunnitelma sisältää yksilöllisen hoidon ja kuntoutuksen päätavoitteet sekä päätavoitteisiin pääsemistä helpottavat

pienemmät osatavoitteet. (Diabetesliiton [www-sivut 2015a](#); Ilanne-Parikka 2015c.) Diabeetikon tulee itse olla aktiivisesti mukana tavoitteiden suunnittelussa ja tehdä omahoitoon liittyviä päätöksiä yhdessä terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa (Himanen 2015b; Battersby n.d.). Lääkäri ja diabeteshoitaja kertovat, miten pidetään yllä hyvää terveyttä, ja he auttavat diabeetikkoa asettamaan hoidolleen tavoitteet ja tukevat näiden tavoitteiden saavuttamisessa. (Himanen 2015b.) Tavoitteiden asettelussa keskitytään tukemaan niitä valmiuksia, joita diabeetikko itse haluaa parantaa (Pekkonen & Nikkanen 2014). Yhteistyössä syntyneet tavoitteet helpottavat kaikkien osapuolten työtä ja niiden tarkoituksena on esimerkiksi estää väärinkäsityksiä diabeetikon hoidon riittämättömyydestä tai hoitomotivaatiosta. Hoito sopeutetaan mahdollisimman joustavasti aikaisempaan elämänrytmiin, ruokailu- sekä liikuntatottumuksiin, jolloin tavoitteet ovat toteuttamiskelpoisia arkielämässä. Tämä helpottaa ja motivoi päätavoitteiden saavuttamisessa. (Himanen 2015b.)

2.2.1 Tiedot ja taidot

Jotta diabeetikko voi sitoutua sairautensa hoitoon, hänellä tulee olla tietoja ja taitoja diabeteksesta, siihen liittyvistä lisäsairauksista ja omasta terveydentilastaan sekä näiden hoidosta (Kyngäs & Hentinen 2009; Saraheimo 2015a; Battersby n.d.). Tietoa diabeetikko tarvitsee päivittäisessä omahoidossa ruokailujen ja lääkityksen yhteydessä, terveyttä edistävässä elintavoissa, päivittäisissä hoitoratkaisuissa ja omaseurannassa. Tietoa diabeteksesta on saatavilla paljon, ja tietojen ja taitojen omaksuminen vaatii diabeetikolta aktiivisuutta ja pitkäjänteisyyttä. Terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla on jakaa tietoa ja näin turvata omahoidon edellytykset. Terveydenhuollon ammattilaiset vastaavat hoidonohjauksesta ja neuvonnasta, lääketieteellisestä hoidosta ja sen arvioinnista, määrääikaistutkimuksista sekä seurantakäynneistä. He myös jakavat hoitovälineitä ja opastavat niiden käyttöä. (Himanen 2015a.) Myös Suomen Diabetesliitto ry jakaa internetsivuillaan monipuolisesti tietoa diabeteksesta (Diabetesliiton [www-sivut 2016a](#)).

2.2.2 Seurantakäynnit

Hoitosuhde diabeetikon ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiden välillä on pitkäkestoinen. Aluksi diabeetikko saa selkeät hoito-ohjeet tukemaan hoidon aloitusta. Jatkossa tavoitteena on se, että diabeetikko oppii itse soveltamaan tietojaan ja taitojaan arjessa. (Himanen 2015a.) Diabeetikon omahoitoa tuetaan seurantakäynneillä diabeteshoitajan ja lääkärin luona (Diabetesliiton www-sivut 2015b). Diabeetikko käy diabeteshoitajan ja tarvittaessa myös lääkärin luona vähintään kerran vuodessa. Tällöin käydään läpi, mikä pitkäaikainen verensokeritaso on ollut, punnitaan paino ja mitataan verenpaine. Lisäksi käydään läpi omahoidon toteutuminen, pistospaikkojen ja jalkojen kunto sekä diabeetikon oma jaksaminen ja hyvinvointi. Tarvittaessa tuolloin kerrataan omaseurantaan ja painonhallintaan liittyviä asioita sekä tarkistetaan diabeteksen lisäsairauksiin liittyviä laboratorioarvoja. Mikäli diabeteksen hoitotasapaino vaatii, voidaan käyntikertoja lisätä tarpeen mukaan. Kerran vuodessa diabeetikon kokonaistilannetta kartoitetaan vuosikäynneillä lääkärin ja hoitajan luona. (Pekkonen ym. 2014; Käypä hoito -suositus 2016.) Vuosikäynnillä käydään läpi määräaikaikäynnin asioiden lisäksi liitännäissairauksiin liittyviä tutkimuksia, kuten munuaisten toiminta, jalkojen, suun ja hampaiden kunto sekä ajoterveys. (Yki-Järvinen 2013; Pekkonen ym. 2014; Käypä hoito -suositus 2016.) Lisäksi tarkistetaan verensokerimittarin toiminta (Diabetesliiton www-sivut 2015b). Vähintään kolmen vuoden välein tarkistetaan sydämen toiminta, veren maksa- ja rasva-arvot, näkökyky ja silmänpohjien tila sekä fyysinen suorituskyky (Pekkonen ym. 2014; Käypä hoito -suositus 2016).

2.2.3 Diabeetikon omaseuranta

Diabeetikon omahoidossa on tärkeää tarkkailla mahdollisesti ilmeneviä oireita sekä hoitaa niitä. Myös testitulosten tarkkailu ja niihin reagointi on tärkeää. (Battersby n.d.) Omaseurannassa keskeistä on veren sokeri- eli glukoosipitoisuuden seuranta. Verensokeripitoisuus kertoo mittaushetkellä olevan verensokeritason, ja sen avulla diabeetikko voi säädellä omahoitoaan sekä arvioida onnistumistaan omahoidossa. Liikunta, elintavat, vaihtelut ruokailussa, käytetty hoito sekä erilaiset elämäntilanteet kuten akuutit sairastumiset ja stressi vaikuttavat verensokeritasoon. Verensokerin

omaseurannan avulla diabeetikko saa palautetta elimistönsä reagoimisesta näihin erilaisiin tilanteisiin ja itsensä hoitamiseen. (Ilanne-Parikka 2010.) Seurantaan tarvitaan verinäytteenottolaite, verensokerimittari ja liuskoja. Omaseurannan tiheys riippuu diabeteksen hoitomuodosta, mahdollisista muutoksista hoidoissa ja hoitotasapainon vakaudesta. (Seppänen & Alahuhta 2007, 115–121.) Pitkäaikaisverensokeri HbA1c:n tavoitetaso on lääkehoidossa olevilla tyypin 2 diabeetikoilla alle 7.0 % ja lääkkeettömässä hoidossa olevilla 4–6 % (Yki-Järvinen 2015). Aterioiden yhteydessä verensokeripitoisuuden tulisi kohota korkeintaan 2–3 mmol/l. Verensokeripitoisuuden tulisi pysyä tasaisena yön ajan. Lisäksi diabeetikon tulisi kotona seurata painoaan ja verenpainettaan. Verenpaineen tavoitetaso tulisi olla alle 140/80 mmHg. Lääkärin tyypin 2 diabeetikoiden optimaalinen painoindeksi on 24–30 kg/m² (Käypä hoito -suositus 2016). Tärkeää on myös jalkojen päivittäinen hoito ja tarkistus sekä huolellinen suuhygieniä (Pekkonen ym. 2014; Käypä hoito -suositus 2016).

Omaseurantaa ja omahoitoa voidaan tehostaa nykyaikaan vahvasti kuuluvilla internet-palveluilla. Useassa kunnassa on kehitetty erilaisia sähköisiä omahoitopalveluita, joita diabeetikko voi hyödyntää esimerkiksi tallentamalla tekemiään mittauksia helposti saatavilla olevaan tietovarastoon ja seuraamalla mittauksiaan kotoa käsin. Lisäksi muun muassa Oulussa omahoito-palvelua voi hyödyntää myös muissa terveyspalveluissa, kuten laboratoriotulosten seurannassa ja sitä voi käyttää vuorovaikutteisena yhteydenottokanavana terveydenhuoltoalan ammattilaisen kanssa. (Seppälä & Nykänen 2014.)

2.2.4 Omahoitoon sitoutuminen

Omahoito edellyttää hoidosta sopimisen lisäksi hoitoon sitoutumista (Routasalo ym. 2009, 7). Potilaan toimiminen aktiivisesti, vastuullisesti sekä yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa terveyden edellyttämällä tavalla kuvastaa hyvää sitoutumista hoitoon. Sitoutuminen edellyttää tietoja ja taitoja sairaudesta, sen tilanteesta ja hoidosta. Hoitoon sitoutuminen on yhteydessä fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin voimavaroihin. Jos sairauteen liittyy kipuja tai väsymystä, ne kuluttavat voimavaroja, mikä voi heikentää kykyä sitoutua hoitoon. Toisaalta oireiden puuttuminen kokonaan tai lähes kokonaan saattaa heikentää sitoutumista. Joskus taas sairauden vakavuuden

tiedostaminen voi parantaa sitoutumista. Myös sairauden hoidon laatu vaikuttaa sitoutumiseen. Vaativaan, monimutkaiseen ja pitkäkestoiseen hoitoon voi olla vaikeampi sitoutua kuin lyhytkestoiseen pieniä muutoksia vaativaan hoitoon. Uusien asioiden oppimista pidetään helpompana kuin totutun elämäntavan muuttamista toisellaiseksi. (Kyngäs ym. 2009, 16–31)

Motivaatio on olennainen sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Motivaatio ohjaa toimintaa, ja antaa voimaa sairauden hoitoon. (Kyngäs ym. 2009, 28.) Motivaatio helpottaa diabeetikon oppimista ja omahoitovalmiuksien kehittymistä (Diabetesliiton www-sivut 2016b). Mikäli tavoitteiden saavuttaminen koetaan tärkeäksi ja omiin kykyihin nähden realistiseksi, on hoitoon sitoutuminen helpompaa. Sisäisellä, omakohtaisella motivaatiolla ja positiivisella suhtautumisella hoitoon saavutetaan yleensä pysyviä hoitotuloksia, kun taas muiden varassa oleva ulkokohtainen motivaatio ei välttämättä johda pitkäkestoisiin hoitotuloksiin. (Kyngäs ym. 2009, 28–29.)

Toljamo (1999) on väitöskirjassaan tutkinut, miten työikäiset insuliinihoitoiset diabeetikot sitoutuvat omahoitoonsa. Lisäksi hän selvitti hoitotasapainon, sosiaalisen tuen ja terveysuskomusten yhteyttä omahoitoon sitoutumiseen. Tutkimusaineisto kerättiin Oulun diabetesneuvolassa ja Lapin keskussairaalan diabetespoliklinikalla käyneiltä työikäisiltä insuliinihoitoisilta diabeetikoilta (n=213). Tutkimuksen mukaan omahoidon toteuttamistavat jakaantuivat neljään ryhmään. Joustavasti omahoitoaan toteuttavat muodostivat suurimman ryhmän ja heitä oli lähes puolet (46 %) vastanneista. Joustavasti omahoitoaan toteuttavat mittasivat kotona verensokeripitoisuuttaan ja ottivat huomioon pitoisuuden muutokset vaihdellen muun muassa insuliinimäärää liikunnan ja ruokailun mukaan. Pienin ryhmä (16 %) vastanneista toteuttivat omahoitoaan tarkasti ohjeita noudattaen huomioimatta muutoksia kotona tehdyissä verensokerimittauksissa. Lähes viidennes vastaajista toteutti omahoitoaan joustavasti. He mittasivat verensokeripitoisuuttaan kotona ja tekivät muutoksia hoitoonsa mittauksen perusteella, mutta heidän omahoitonsa ei niinkään ollut ohjeiden mukaista, vaan lähinnä joustavaa. Osa vastanneista ei toteuttanut omahoitoaan ohjeidenmukaisesti eikä itse suunnitellun joustavasti. Näitä omahoidon laiminlyöjiä oli myös lähes 20 % vastanneista.

2.2.5 Psyykkinen jaksaminen

Diabeteksen omahoidon perimmäinen tarkoitus on hyvä elämänlaatu. Hoidon tavoitteena ei pelkästään ole veren glukoosipitoisuuden pitäminen alhaalla, jotta vältettäisiin diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ilmaantuminen, vaan saavuttaa tila, jossa sairautta hoidetaan mutta se ei kuitenkaan hallitse elämää. Korkea verensokeritaso vaikuttaa elämänlaatuun väsymyksenä, tokkuraisuutena ja keskittymisen herpaantumisena. Jokapäiväinen omahoito saattaa tuntua diabeetikosta turhauttavalta, tieto ilmaantuneista elinmuutoksista voi masentaa ja kokemukset alhaisista verensokeripitoisuuksista voivat pelottaa. Toisaalta diabeteksen hoidossa omahoito voi olla myös voimavara. Diabeetikko voi omahoidon avulla ratkaisevasti vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sitä kautta elämänlaatuunsa. (Marttila 2015a.) Tukiverkostot voivat auttaa diabeetikkoa jaksamaan psyykkisesti. Hoitopaikan henkilökunnan ja diabeetikon läheisten lisäksi Suomen Diabetesliitto ry:n kautta voi löytyä vertaistukea diabeetikolle. (Marttila 2015b.)

2.3 Omahoidon arviointi

Diabeteksen hoidossa omahoidon arviointi on tärkeää, jotta jatko-ohjaus olisi yksilöllistä ja kunkin diabeetikon tarpeisiin sopivaa (Heikkinen ym. 2008, 12). Arviointi selventää sekä diabeetikon että hoitohenkilökunnan käsityksiä diabeetikon omahoidon valmiuksista ja mahdollisesta tuen tarpeesta. Arvioinnilla saadaan tietoa siitä, miten hyvin omahoito on toteutunut esimerkiksi ruokailujen, painonhallinnan ja liikunnan suhteen, miten paljon diabeetikko tietää terveydentilastaan, miten hän reagoi oireisiinsa ja mahdollisiin muutoksiin niissä, miten hyvin hän on sitoutunut hoitoonsa ja miten hän ylipäätään selviytyy päivittäisestä elämästään terveydentila huomioiden. (Battersby ym. 2003; Espoon kaupungin www-sivut 2016; Jyväskylän kaupungin www-sivut 2016.) Myös hoitotavoitteista ja mahdollisista omahoitoa häiritsevistä tekijöistä saadaan arvioinnilla tietoa (Espoon kaupungin www-sivut 2016; Jyväskylän kaupungin www-sivut 2016).

Usealla Suomen kunnalla on käytössään tulostettava omahoitolomake, johon lääkärin tai hoitajan vastaanotolle tuleva potilas voi etukäteen arvioida omahoitonsa toteutu-

mista. (Ilanne-Parikka 2015c.) Nämä omahoitokaavakkeet ovat pääsääntöisesti kohdistettu useista eri kroonisista sairauksista kärsiville potilaille (Espoon kaupungin www-sivut 2016; Jyväskylän kaupungin www-sivut 2016; Kangasalan kunnan www-sivut 2016; Lempäälän kunnan www-sivut 2016).

Battersby (2003) työryhmineen on australialaisessa Flindersin yliopistossa kehittänyt erilaisten kroonisten sairauksien omahoidon tukemiseen tarkoitettua the Partners in Health scale:n eli PIH-mittarin. Mittarin avulla terveydenhuollon hoitohenkilökunta saa tietoa siitä, minkälainen käsitys potilaalla itsellään on omahoidostaan. Lisäksi mittarilla saatujen tulosten avulla hoitohenkilökunta voi kohdistaa hoidonohjauksen yksilöllisesti juuri oikeille osa-alueille potilaskohtaisesti. Mittari on käännetty seitsemälle kielelle (Battersby n.d.). Alun perin mittarin kehittelyvaiheessa mittari käsitti 11 suljettua kysymystä, joihin kyselyyn vastaaja vastasi 9-portaisella asteikolla. Asteikon pienin arvo 0 vastasi vastaajan mielipidettä ”erittäin hyvä” ja suurin arvo 8 ”erittäin vähän”. Mittarin kehittelyvaiheeseen osallistui kaksi eri potilasryhmää, joista toisessa potilailla (n=20) oli erilaisia kroonisia sairauksia, kuten sydän- ja hengityselinsairauksia, nivelrikkoa ja kroonista selkäkipua sekä diabetesta. Toinen potilasryhmä koostui Eyre Program -omahoidon tukiohjelman kuuluneista potilaista (n=26), joilla oli diabeteksen lisäksi sydän ja hengityselin sairauksia sekä muita kroonisia sairauksia. Esitestauksessa PIH-asteikko todettiin olevan psykometrisilta ominaisuuksiltaan sellainen, että se helpottaa terveydenhuoltoalan ammattilaisia tukemaan kroonisesti sairaita potilaita heidän omahoidossaan. (Battersby ym. 2003.)

Sittemmin PIH-mittaria on muokattu niin, että potilaan tunteet, fyysinen aktiivisuus ja sosiaalinen elämä sekä niiden vaikutus omahoidon olosuhteisiin tulevat huomioituiksi alkuperäistä paremmin. Muokattu PIH-mittari käsittää 12 kysymystä ja sen toimivuutta testattiin diabetesta, niveltulehdusta ja sydänverisuonisairauksia sairastavilla potilailla (n=294). Kysymyksissä potilasta pyydettiin arvioimaan omaa sairautaan, sairauteen liittyvää lääkehoitoa ja päätöksentekoa, sairauden vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin sekä ymmärrystä tarkkailla sairauden oireita ja sitä, miten potilas reagoi muuttuneisiin oireisiin. Lisäksi kysymyksillä haluttiin selvittää, miten vastuullisesti potilas käy sovituissa hoitotapaamisissa ja miten terveellisesti potilas ylipäätään pystyy elämään. Tutkimusongelmat jaettiin neljään osa-alueeseen: tieto sairaudesta, selviytyminen sairauden kanssa, oireiden

tunnistaminen ja hallinta sekä hoitoon sitoutuminen. PIH-mittarin todettiin olevan käsitteellisesti validi sekä sisäisesti johdonmukainen. (Petkov, Harvey & Battersby 2010.)

PIH-mittaria on sovellettu muun muassa Meksikossa, jossa sen toimivuutta on testattu yli 18-vuotiailla syöpä-, diabetes- ja verenpainetautipotilailla (n=552). Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat jaettiin kolmeen osa-alueeseen: tieto sairaudesta, oireiden hallinta ja hoitoon sitoutuminen. PIH-asteikon todettiin edustavan korkeaa validiteettia ja reliabiliteettia. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla todettiin olevan tietoa omasta sairaudestaan, mutta tieto-osuus osoittautui kuitenkin puutteellisimmaksi osa-alueeksi omahoidon hallinnassa. Lisäksi vaikka tutkimuksessa todettiin diabeetikoiden ja syöpää sairastavien potilaiden tietävän sairaudestaan suunnilleen yhtä paljon, diabeetikoiden todettiin olevan vähemmän sitoutuneita sairauden hoitoon ja oireiden hallintaan kuin syöpäpotilaiden. Eroja löydettiin myös sukupuolten välillä: naisten todettiin hallitsevan omahoitonsa miehiä paremmin. (Córdova ym. 2014.)

PIH-mittaria hyödynnetään Flindersin yliopiston kehittämässä Flinders ProgramTM – omahoidon tukiohjelmassa. Flinders ProgramTM -omahoidon tukiohjelman tavoitteena on parantaa asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä yhteistyötä, sen avulla voidaan potilaskeskeisesti määritellä ongelmia ja kohdistaa interventioita oikeille osa-alueille. Muutoksia omahoidon valmiuksissa tarkkaillaan PIH-mittarin avulla. (Flindersin yliopiston www-sivut 2016; Battersby n.d..) Flindersin mallia on esiteltänyt 12 kuukauden ajan etelä-australialaiseen tyyppin 2 diabetesta sairastavaan kantaväestöön (n=60). PIH-mittarin avulla kantaväestöllä todettiin testin alussa olevan ongelmia sosiaalisissa suhteissa, ruokailuissa ja liikunnassa sekä palvelujen hyväksikäytössä. Testin aikana Flindersin mallin todettiin parantaneen omahoidon valmiuksia ongelmien osalta 12 % ja tavoitteiden asettamisessa 26 %. (Battersby ym. 2008.) Flinders ProgramTM -omahoidon tukiohjelmalla on myös esiteltänyt muun muassa australialaisessa sairaalassa 24-viikkoa kestäneessä tutkimuksessa, jossa hemodialyysi-potilaat (n=13) kävivät läpi kuusi kerran viikossa tapahtunutta terveyteen, hyvinvointiin ja omahoidon valmiuksiin liittynyttä interventiota. Omahoidon valmiuksia mitattiin PIH-mittarilla ennen interventioita, niiden aikana ja jälkeen. Mittausten mukaan interventiot lisäsivät terveystalouden käyttöä sekä oireiden var-

haista tunnistamista. Tämän lisäksi tutkimuksessa arvioitiin interventioiden vaikutusta elämänlaatuun ja dialyysin kliinisiin tuloksiin. (Chan, McBurney & Bell 2014.)

3 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabeteksen omahoidon toteutumista PIH-FIN-mittarilla arvioituna. Tavoitteena on esitellä PIH-mittarin soveltuvuutta tyypin 2 diabeteksen omahoidon hallinnan ja tuen tarpeen arviointiin sekä tuottaa tutkittua tietoa tyypin 2 diabeteksen omahoidosta.

Tutkimuksella halutaan selvittää:

- 1) Miten paljon tyypin 2 diabeetikot tietävät terveydentilastaan?
- 2) Miten hyvin tyypin 2 diabeetikot sitoutuvat terveydentilansa hoitoon?
- 3) Miten tyypin 2 diabeetikot seuraavat terveydentilaansa ja siihen liittyviä oireita sekä hallitsevat oireissa tapahtuneita muutoksia?
- 4) Miten tyypin 2 diabeetikot selviytyvät terveydentila huomioiden?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä työ on muodoltaan kvantitatiivinen tutkimuksellinen opinnäytetyö. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on selvittää aiempien tutkimusten johtopäätöksiä, määritellä tutkimukseen liittyviä käsitteitä, suunnitella tutkittavan aineiston keräys ja henkilöiden valinta, käsitellä tutkimusaineisto tilastollisesti sekä tehdä loppupäätelmiä tutkimuksessa tehtyjen tilastointien perusteella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

4.2 Aineisto ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohdejoukkona ovat yli 60-vuotiaat tyypin 2 diabeetikot. Tutkimus on tehty kyselyhaastattelulla. Viisi Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijaa haastatteli diabeetikoita joko kasvokkain tai puhelimitse marras-tammi-kuussa 2015–2016. Haastateltavat saivat ennen aineiston keruuta tiedotteen, jossa heille kerrottiin tutkimuksesta, neuvottiin miten kysymyksiin vastataan, ja jossa oli tutkimuksen organisaation yhteystiedot (Liite 4). Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen (Liite 3). Lisäksi haastateltavilta kerättiin tutkimusta varten seuraavia taustatietoja: ikä, sukupuoli, asumismuoto, koulutus, taloudellinen tilanne, viimeisin HbA1c-arvo sekä diabeteksen hoitomuoto (Liite 2).

4.3 PIH-FIN-mittari

Tutkimuksessa käytettiin australialaisessa Flindersin yliopistossa professori Battersbyn kehittämää ja sittemmin Battersbyn työryhmässä muokattua the Partners in Health scale:a eli PIH-mittaria (Battersby ym. 2003; Petkov ym. 2010). PIH-mittarin avulla hoitohenkilökunta saa tietoa sairastuneen potilaan omahoidon valmiuksista, ja se antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden lisätä tarvittaessa yksilöllistä hoidonohjausta (Battersby ym. 2003). Mittarin on todettu olevan käsitteellisesti validi ja sisäisesti johdonmukainen (Petkov ym. 2010). Satakunnan ammattikorkeakoulu on anonut luvan PIH-mittarin käännöstä ja käyttöä varten, ja Battersbyn työryhmä on myöntänyt luvan joulukuussa 2014.

Satakunnan ammattikorkeakoulun asiantuntijaopettajat ovat suomentaneet PIH-mittarin, ja tämän jälkeen englannin kielen asiantuntija on kääntänyt mittarin takaisin englanniksi. Käännös ja kielen oikeellisuus on testattu asiantuntijaraadilla sekä sisällön että suomen kielen termien osalta. (Maneesriwongul & Dixon 2004.) Lisäksi mittarin käännöksen kieliasua ja ymmärrettävyyttä on esitestattu 10 diabetespotilaalla ja 10 diabeteshoitajalla keväällä 2015. Muokattu ja suomennettu PIH-mittari on nimeltään PIH-FIN-mittari (Liite 1).

PIH-FIN-mittari käsittää 12 kysymystä, jotka mittaavat 9-portaisella asteikolla oma-hoidon valmiuksia ja tuen tarvetta. Asteikon pisteet vastaavat sanallisia arvioita seuraavasti:

Kysymykset 1–2: 0 pistettä = erittäin vähän – 4 pistettä = jonkin verran – 8 pistettä = paljon,

Kysymykset 3–8: 0 pistettä = en koskaan – 4 pistettä = joskus – 8 pistettä = aina,

Kysymykset 9–12: 0 pistettä = heikosti – 4 pistettä = kohtalaisesti – 8 pistettä = hyvin.

Kysymykset on jaoteltu neljään osa-alueeseen: tieto terveydentilasta, sitoutuminen terveydentilan hoitoon, oireiden seuranta ja hallinta sekä selviytyminen arjesta terveydentila huomioiden. Tietoa mittaavia kysymyksiä mittarissa oli kaksi (kysymykset 1–2, Liite 1.), sitoutumista mittaavia neljä (kysymykset 3–6, Liite 1.), oireiden seurantaa ja hallintaa mittaavia kaksi (kysymykset 7–8, Liite 1.), sekä selviytymistä mittaavia neljä (kysymykset 9–12, Liite 1.).

4.4 Aineiston analysointi ja raportointi

Tässä opinnäytetyössä keskitytään PIH-FIN-mittarilla saatujen tulosten analysointiin. Kerätystä aineistosta luotiin havaintomatriisi Microsoft® Excel-ohjelmaa ja tämän tilastomatemaattista Tixel-sovellusta käyttäen. Tixel-sovelluksen avulla analysoitiin aineistoa soveltuvien tunnusluvun (keskiarvo, mediaani, kvartiiliväli ja vaihteluväli) ja frekvenssijakaumia käyttäen sekä vertailtiin aineiston yhteyttä taustamuuttujiin ristiintaulukoinnein. Tulokset esitellään tässä opinnäytetyössä kirjallisesti, graafisesti ja taulukoituna.

Tuloksia esiteltäessä käytetään PIH-mittarin asteikon valmiiden pisteitä 0, 4 ja 8 kuvaavien termien lisäksi seuraavia termejä:

2 pistettä: melko heikosti

3 pistettä: kohtalaisen harvoin ja kohtalaisen heikosti

5 pistettä: kohtalaisen paljon ja kohtalaisen hyvin

6–7 pistettä: melko paljon, melko hyvin ja melkein aina.

4.5 Eettiset näkökulmat

Eettisyys on hyvin keskeistä tieteellisessä tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Eettisyyden lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym 2010, 23–25). Tutkimukseen osallistuvilla tulee olla itsemääräämisoikeus. Heillä tulee olla mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta tutkimuksessa esitettäviin kysymyksiin sekä keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja sen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tutkimuksessa tulee noudattaa oikeudenmukaisuutta. Tutkittavaksi valikoituvien tulee olla tasa-arvoisessa asemassa suhteessa tutkijaan eivätkä tutkittavien kulttuuriset uskomukset tai elämäntavat saa vaikuttaa tutkimukseen. Tutkimuksen tekijän tulee noudattaa salassapitovelvollisuutta ja tutkittavilla on oikeus anonymiteettiin. Jos tutkimusaineistosta eriytyy pieniä alaryhmiä, saattaa riski tutkittavien anonymiteetin puolesta kärsiä, jolloin raportointi pienestä aineistosta on vastoin eettisiä perusteita. Mikäli tutkimukseen osallistuvat eivät kykene antamaan tietoista suostumusta, heidän itsemääräämisoikeutensa on heikko tai heillä on riski saada sivuvaikutuksia tutkimuksen vuoksi, on heidän oikeuksiinsa kiinnitettävä erityistä huomiota. (Kankkunen ym. 2013, 218–223.)

Tutkimusta varten tarvitaan usein tutkimuslupa, mikä haetaan ennen tutkimuksen aloitusta. Mikäli tutkimus tehdään yksityishenkilöistä, ei organisaation myöntämää tutkimuslupaa tarvita, vaan osallistujien suostumus tutkimukseen riittää. Plagiointi eli omien tutkimustulosten toistaminen tai toisen kirjoittaman tekstin kopioiminen ei kuulu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Siihen eivät myöskään kuulu tulosten vääristely tai tyhjästä keksiminen tai muiden tutkijoiden vähättely. (Kankkunen ym. 2013, 222–225.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvään tutkimukseen kuuluvia eettisiä periaatteita sekä salassapitovelvollisuutta. Haastateltavat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta yleensä, yhteistyökumppaneista, tulosten julkaisemisesta sekä mainittiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Haastateltavilta pyydettiin haastattelun yhteydessä kirjallinen suostumus haastatteluun sekä heille esitettiin mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Kerätyt kyselylomakkeet taustatietoineen ja suostumuslomakkeineen arkistoidaan Satakunnan ammattikorkeakouluun, josta ne

tuhotaan arkiston sääntöjen mukaisesti. Koska tutkimusaineisto oli pieni, tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiin kiinnitettiin erityisesti huomiota. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisesti.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyhaastatteluun vastasi 10 henkilöä, ja kaikki vastasivat jokaiseen taustatietokysymykseen lukuun ottamatta kysymystä ansioluokasta, johon vastasi vain yhdeksän haastatelluista. Haastatelluista kuusi oli miehiä ja neljä naista. Iältään he olivat 59–79-vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 65 vuotta. Suurin osa ($n=7$) ilmoitti asuvansa avio- tai avopuolisonsa kanssa. Yksin asuvia oli kaksi, ja yksi ilmoitti asuvansa avio- tai avopuolison lisäksi lasten kanssa. Haastatelluista viisi ilmoitti koulutustaustakseen keskiasteen, opiston tai ammattikoulun. Perus- tai kansakoulu oli kolmella ja korkeakoulu- tai yliopistotasoinen koulutustaustana kahdella haastatelluista. Valtaosa ($n=4$) ilmoitti kuukausituloikseen yli 2000 e. Kolme ilmoitti ansioluokakseen 1000–2000 e/kk ja kaksi 500–1000 e/kk. (Taulukko 1.)

Haastatteluun vastanneiden viimeisin HbA1c-arvo vaihteli 5,6–8,1 % välillä. Suurimmalla osalla haastatelluista (n=5) viimeisin HbA1c-arvo oli ollut välillä 6,2–7,3 %. Puolella vastanneista viimeisin HbA1c oli ollut korkeintaan 6,9 % (mediaani [HbA1c]). Hoitomuodokseen valtaosa (n=5) kyselyyn osallistuneista ilmoitti insuliini-
nimuotoisen hoidon. Insuliini- ja tablettimuotoisen hoidon yhdistelmää käytti kolme vastanneista ja pelkkää tablettimuotoista hoitoa yksi. Vastanneista yksi ilmoitti ohi valmiiden tutkimuskysymysten hoidokseen elämäntapahoidon. (Taulukko 1.)

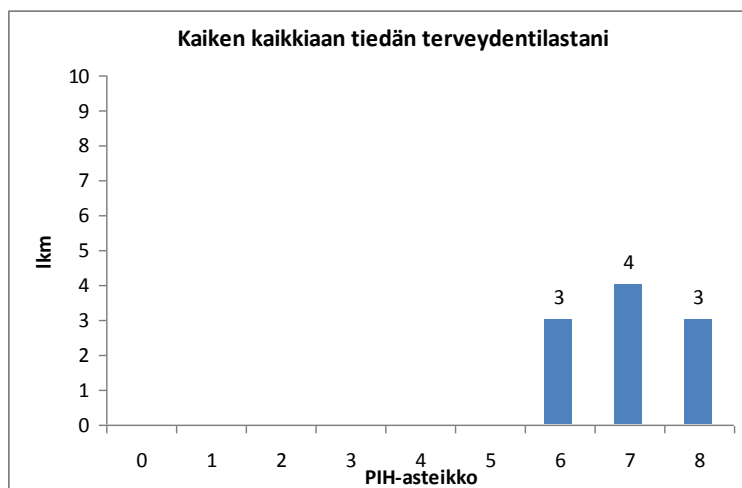
Taulukko 1. Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

<i>Taustatiedot</i>	
Haastateltavat (lkm)	10
Sukupuoli: mies / nainen (lkm)	6 / 4
Keski-ikä (v)	65
Ikäjakama (v)	59–79
Asumismuoto: yksin / avio- tai avopuolison kanssa / lasten tai lastenlastenne kanssa / avio- tai avopuolison ja lasten kanssa (lkm)	2 / 7 / 0 / 1
Koulutustausta: peruskoulu tai kansakoulu / keskiaste, opisto tai ammattikoulu / korkeakoulu tai yliopisto (lkm)	3 / 5 / 2
Ansioluokka (e/kk): alle 500 / 500-1000 / 1000-2000 / yli 2000 (lkm)	0 / 2 / 3 / 4
Viimeisin HbA1c (%)	5,6–8,1
Mediaani [HbA1c] (%)	6,9
Alakvartiili [HbA1c] (%)	6,2
Yläkvartiili [HbA1c] (%)	7,3
Hoitomuoto: tablettihoito / insuliinihoito / tabletti ja insuliinihoito / elämäntapa (lkm)	1 / 5 / 3 / 1

5.2 Tieto terveydentilasta ja omahoidosta

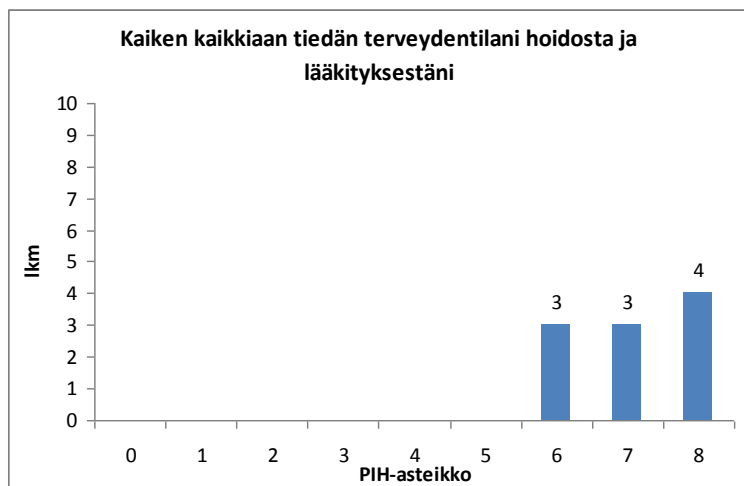
Tutkimukseen osallistuneilta kerättiin tietoja omahoidon hallinnasta ja mahdollisesta tuen tarpeesta PIH-FIN-asteikolla. Tutkittavilta mitattiin heidän tietämystään terveydentilastaan kysymyksillä 1–2. Kysymykset käsittelivät tutkittavan tietoja omasta terveydentilastaan sekä terveydentilan hoidosta ja lääkityksestä. (Liite 1.)

Kaikki vastaajat (n=10) kokivat tietävänsä kaiken kaikkiaan terveydentilastaan paljon tai melko paljon (6–8 pistettä). Paljon (8 pistettä) koki tietävänsä terveydentilastaan kolme vastaajaa. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien (n=10) arvio tietämyksestään terveydentilastaan

Terveystilansa hoidosta ja lääkityksestä vastanneet (n=10) kokivat myös tietävänsä paljon tai lähes paljon (6–8 pistettä). Paljon (8 pistettä) koki tietävänsä neljä vastaajaa. (Kuvio 2.)

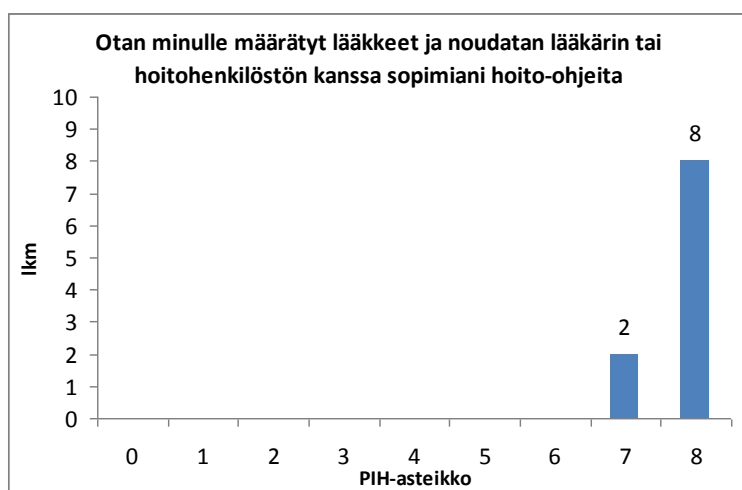


Kuvio 2. Vastaajien (n=10) arvio tietämyksestään terveydentilansa hoidosta ja lääkityksestä

5.3 Sitoutuminen terveydentilan hoitoon

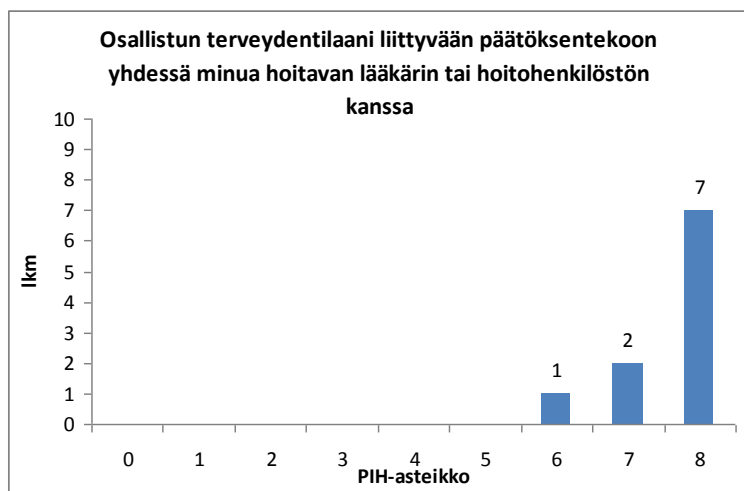
Tutkimuksessa mitattiin sitoutumista omahoitoon PIH-FIN-asteikon kysymyksillä 3–6. Tässä osa-alueessa selvitettiin sitä, miten sitoutuneesti tutkittavat ottavat lääkkeitä ja noudattavat sovittuja hoito-ohjeita sekä osallistuvat terveydentilaan liittyvään päätöksentekoon. Myös sitä kartoitettiin vaikuttaako kulttuuri, uskomukset tai vakaumus terveyspalveluista sopimiseen. (Liite 1.)

Kaikki tutkimukseen osallistuneet (n=10) arvioivat ottavansa määrättyt lääkkeet ja noudattavansa lääkärin tai hoitohenkilöstön kanssa sopimia hoito-ohjeita aina tai melkein aina (7–8 pistettä). Vastanneista suurin osa (n=8) koki sitoutuvansa näiltä osin hoitoonsa aina (8 pistettä). (Kuvio 3.)



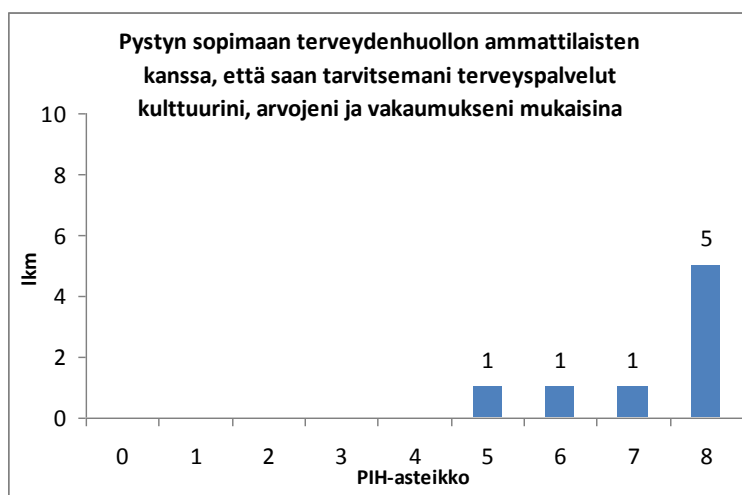
Kuvio 3. Vastaajien (n=10) arvio lääkkeiden otosta ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sopimien hoito-ohjeiden noudattamisesta

Suurin osa vastanneista (n=7) ilmoitti osallistuvansa terveydentilaansa liittyvään päätöksentekoon yhdessä lääkärin tai hoitohenkilöstön aina (8 pistettä). Loput kolme haastateltua pisteyttivät tämän kohdan asteikolla 6–7. Kaikkiaan kysymykseen vastasi 10 henkilöä. (Kuvio 4.)



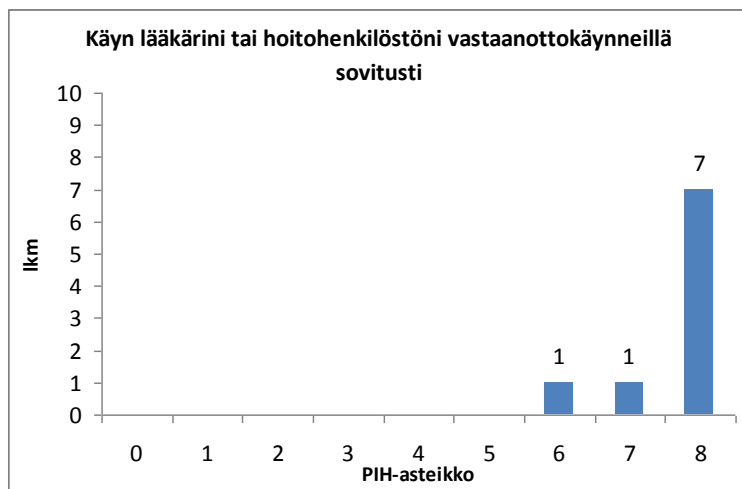
Kuvio 4. Vastaajien (n=10) arvio osallistumisestaan terveydentilaan liittyvään päätöksentekoon terveydenhuollon ammattilaisten kanssa

Kysymykseen siitä, miten hyvin tutkitut kokivat pystyvänsä sopimaan terveyspalveluista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa vastaajan kulttuuri, arvot ja vakaumus huomioiden, vastasi vain kahdeksan haastateltua. Kaikki vastanneet pisteyttivät tämän kysymyksen arvoilla 5–8. Suurin osa vastanneista (n=5) koki pystyvänsä aina (8 pistettä) sopimaan tarvittavista terveyspalveluista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kulttuuri, arvot ja vakaumus huomioiden. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien (n=8) kokemus siitä, miten hyvin he pystyvät sopimaan tarvittavista terveyspalveluista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kulttuuri, arvot ja vakaumus huomioiden

Kysymykseen sitoutumisesta sovittuihin vastaanottokäynteihin vastasi haastatelluista yhdeksän. Suurin osa (n=7) arvioi käyvänsä aina (8 pistettä) sovituslääkärin tai hoitohenkilökunnan vastaanotolla. Loput vastaajat (n=2) ilmoittivat käyvänsä sovituilla vastaanottokäynneillä pisteiden 6–7 mukaan. (Kuvio 6.)

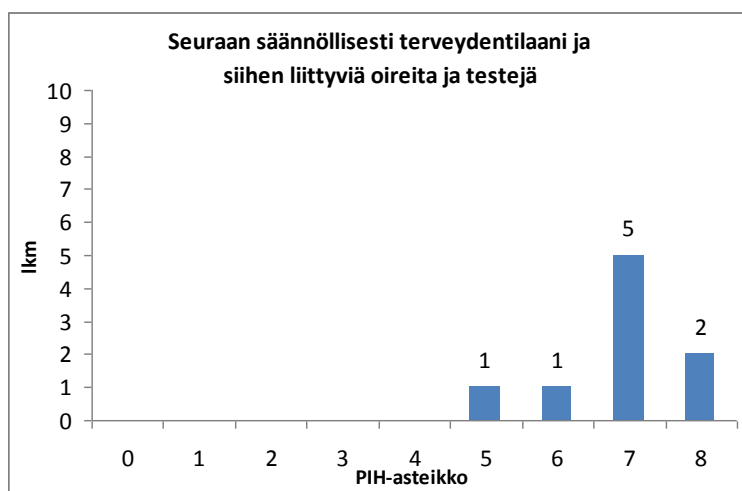


Kuvio 6. Vastaajien (n=9) arvio sitoutumisestaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sopimiin vastaanottokäynteihin

5.4 Terveydentilan seuranta ja oireiden hallinta

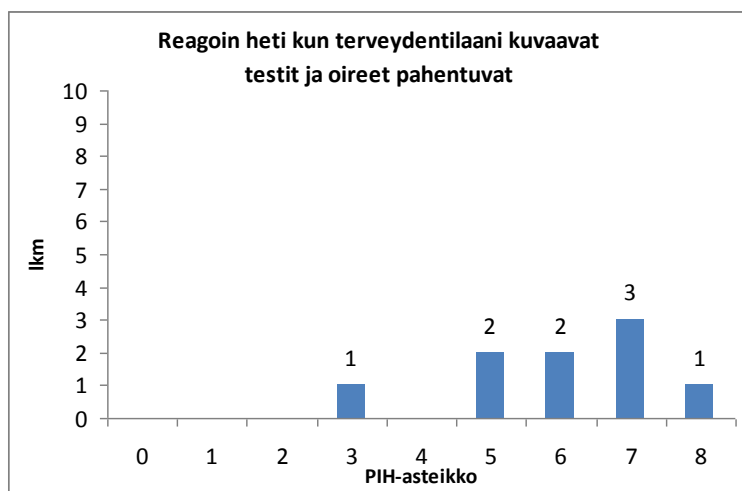
Oireiden seuranta ja hallintaa mitattiin PIH-FIN-asteikolla kysymyksillä 7–8. Kysymyksillä haluttiin selvittää sitä, miten säännöllisesti tutkittava seuraa terveydentilaansa, siihen liittyviä oireita ja testejä, sekä miten tutkittava reagoi, mikäli oireet ja testiärvot pahenevat. (Liite 1.)

Kysymyksiin vastasi yhdeksän henkilöä haastatelluista. Kaikki kysymyksiin vastanneet arvioivat seuraavansa terveydentilaansa ja siihen liittyviä oireita ja testejä säännöllisesti vähintään kohtalaisen usein. Valtaosa vastanneista (n=5) arvioi seuraavansa oireita ja testejä säännöllisesti melkein aina (7 pistettä). Loput arvioivat seuraavansa terveydentilaansa ja siihen liittyviä oireita ja testejä joko aina (8 pistettä, n=2) tai pisteiden 5–6 (n=2) mukaan. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Vastaajien (n=9) arvio terveydentilansa ja siihen liittyvien oireiden ja testien seuraamisesta

Terveydentilaa kuvaavien testien ja oireiden pahentumiseen arvioitiin reagoitavan kyselyn mukaan pisteillä 3–8. Valtaosa (n=7) kertoi reagoivansa pisteiden 5–7 mukaan, yksi vastaaja kertoi reagoivansa muutokseen aina (8 pistettä) ja yksi kohtalaisen harvoin (3 pistettä). (Kuvio 8.)

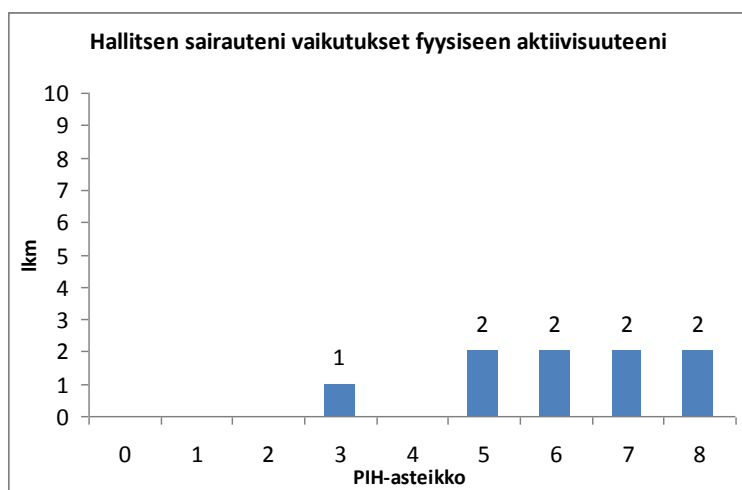


Kuvio 8. Vastaajien (n=9) arvio siitä, miten nopeasti he reagoivat terveydentilaansa kuvaavien testien ja oireiden huononemiseen

5.5 Selviytyminen

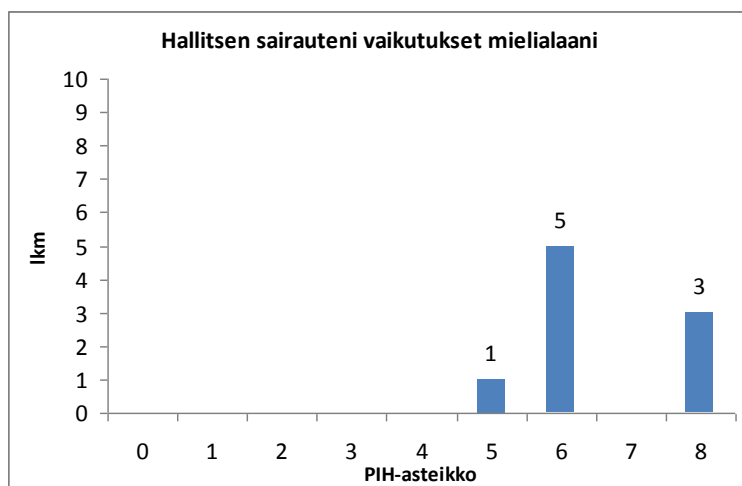
PIH-FIN-asteikon kysymykset 9–12 mittasivat tutkittavien selviytymiskykyä oma terveydentila huomioden. Kysymykset käsittelivät sitä, miten tutkittavat kokivat hallitsevansa sairautensa vaikutukset fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen elämään ja kokonaisvaltaiseen terveelliseen elämäntapaan. (Liite 1.)

Kysymyksiin vastasi yhdeksän henkilöä haastatelluista. Suurin osa (n=8) arvioi hallitsevansa sairautensa vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteen pisteiden 5–8 mukaan. Yksi vastaaja koki hallitsevansa vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteen kohtalaisen heikosti (3 pistettä). (Kuvio 9.)



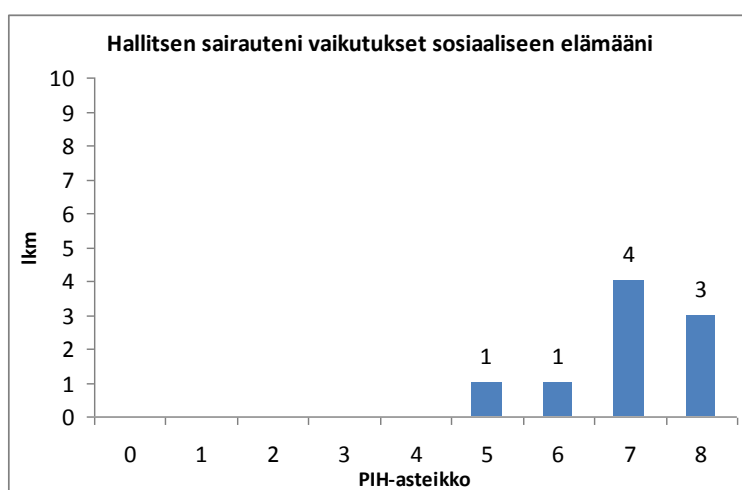
Kuvio 9. Vastaajien (n=9) arvio sairauden vaikutuksista fyysiseen aktiivisuuteen

Kaikki vastanneet (n=9) arvioivat hallitsevansa sairauden vaikutukset mielialaan vähintään kohtalaisen hyvin (5–8 pistettä). Suurin osa vastanneista (n=5) arvioi hallitsevansa sairauden vaikutukset mielialaan pisteen 6 mukaan. Hyvin (8 pistettä) koki hallitsevansa sairauden vaikutukset mielialaan kolme vastaajaa. (Kuvio 10.)



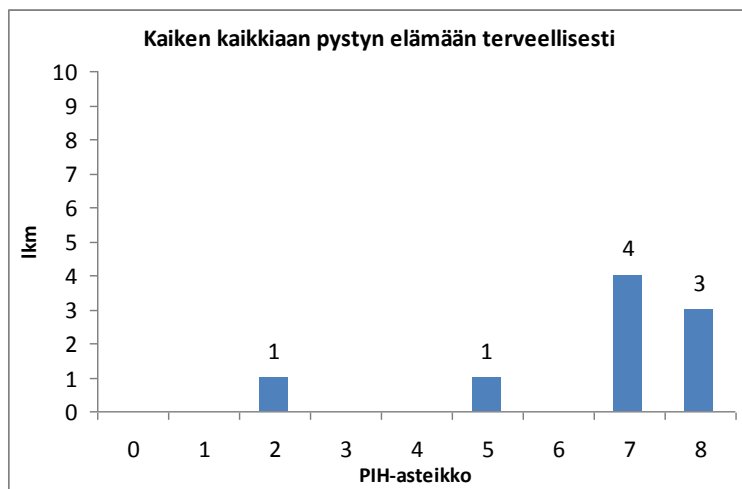
Kuvio 10. Vastaajien (n=9) arvio sairauden vaikutuksista mielialaan

Kaikki vastaajat (n=9) arvioivat hallitsevansa sairautensa vaikutukset sosiaaliseen elämään vähintään kohtalaisen hyvin (5–8 pistettä). Valtaosa (n=4) arvioi hallitsevansa sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään melkein hyvin (7 pistettä). (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Vastaajien (n=9) arvio sairauden vaikutuksista sosiaaliseen elämään

Kaiken kaikkiaan terveelliseen elämään koki pystyvänsä aina tai melkein aina (7–8 pistettä) suurin osa tutkituista (n=7). Yksi vastanneista koki kykenevänsä terveelliseen elämään melko heikosti (2 pistettä). (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Vastaajien (n=9) arvio siitä, miten he kykenevät kaiken kaikkiaan elämään terveellisesti

5.6 Omahoidon hallinnan ja mahdollisen tuen tarpeen yhteys taustatekijöihin

PIH-mittarilla saaduista tuloksista ilmeni, että omahoidon hallinta ja mahdollinen tuen tarve vaihteli kahdella mitatulla osa-alueella. Näitä osa-alueita olivat terveydentilan seuranta ja oireiden hallinta sekä selviytyminen.

Tutkimusaineistoa analysoitiin taustatekijöiden suhteen ja niiden yhteyttä omahoidon hallintaan ja mahdolliseen tuen tarpeeseen tarkasteltiin. Aineisto oli kuitenkin niin pieni, että sen julkaiseminen yksilöisi vastaukset eikä tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiä voitaisi enää siinä tapauksessa turvata. Tutkimus antaa kuitenkin viitteitä siitä, että taustatekijöistä ikä, sukupuoli, tulot ja hoitomuoto eivät vaikuta omahoidon valmiuksiin, kun taas viimeisin HbA1c-arvo näyttäisi olevan yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen. Lisäksi aineiston perusteella koulutusasteella ja asumismuodolla vaikuttaisi olevan yhteys terveydentilan seurantaan ja oireiden hallintaan sekä selviytymiseen ylipäätään. Tutkimuksen eettisyyteen nojaten päädyttiin kuitenkin siihen, ettei PIH-mittarilla saatujen tulosten tarkempaa tarkastelua taustatekijöiden suhteesta omahoidon valmiuksiin julkaista.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimukseen vastasi 10 henkilöä. Tavoitteena oli saada haastateltavaksi 50 yli 60-vuotiasta tyypin 2 diabeetikkoa, mutta toteutuneiden haastattelujen määrä jäi reilusti alle tavoitetason.

Diabeetikko tarvitsee paljon tietoa päivittäisessä omahoidossaan ja sitä onkin saatavilla runsaasti. Terveystieteiden ammattilaisten vastuulla on jakaa tietoa ja näin turvata omahoidon edellytykset. (Himanen 2015a.) Tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet tyypin 2 diabeetikot arvioivat tietävänsä terveydentilastaan sekä terveydentilan hoidosta ja lääkityksestä paljon tai melko paljon (6–8 pistettä). Tulos tukee Suomessa diabeteksen hoitoon asetettuja tavoitteita (Käypä hoito -suositus 2016). Tulos kuitenkin poikkeaa Córdovan ym (2014) Meksikossa tekemästä tutkimuksesta, jossa PIH-mittarilla arvioitiin syöpä-, diabetes- ja verenpainetauti-potilaiden omahoidon hallintaa ja eniten puutteita löytyi nimenomaan tietosuudesta.

Kaikki tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet arvioivat sitoutuvansa hoitoonsa aina tai melkein aina (6–8 pistettä), kun heiltä kysyttiin lääkehoidon ja hoito-ohjeiden noudattamisesta, osallistumisesta hoitoihin liittyvään päätöksentekoon sekä käymisestä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla sovituksi. Tulos on rohkaiseva verrattuna Toljamon (1999) väitöskirjassaan tekemään tutkimukseen, jonka mukaan omahoitoon sitoutumattomia oli jopa 20 % tutkimukseen osallistuneista. Myöskään kulttuurin, arvojen ja vakaumuksen ei koettu tässä opinnäytetyön tutkimuksessa olevan esteenä hoitoon sitoutumiseen. Seitsemän vastaajaa kahdeksasta koki pystyvänsä aina tai melkein aina (6-8 pistettä) sopimaan terveydenhuollon ammattilaisen kanssa terveystieteiden kulttuuri, arvot ja vakaumus huomioiden.

Córdovan (2014) työryhmineen tekemässä tutkimuksessa diabeetikot eivät olleet yhtä sitoutuneita omahoitoonsa kuin syöpää sairastavat. Tässä opinnäytetyössä ei vastaavaa vertailua eri sairausryhmien välille tehty. Arvioitaessa diabeetikoiden si-

toutumista omahoitoon suhteuttamalla sitä viimeisimpään verensokeritasoon, ovat tutkimukseen osallistuneet diabeetikot onnistuneet toivotussa tavoitteessa. Tähän tutkimukseen osallistuneiden viimeisin HbA1c-arvo vaihteli arvojen 5,6–8,1 % välillä. Puolella vastanneista viimeisin HbA1c oli ollut korkeintaan 6,9 %, mikä vastaa lääkehoidossa oleville tyypin 2 diabeetikoille asetettua HbA1c:n tavoitetasoa ”alle 7.0 %” (Yki-Järvinen 2015; Käypä hoito -suositus 2016).

Tässä tutkimuksessa arvioitiin myös sitä, miten tyypin 2 diabeetikot hallitsevat terveydentilaansa ja siihen liittyviä oireita. Kaikki vastaajat arvioivat seuraavansa terveydentilaansa ja siihen liittyviä oireita ja testejä vähintään kohtalaisen usein. Kuitenkin vain kaksi haastatelluista arvioi seuraavansa terveydentilaansa, oireitaan ja testituloksiaan aina. Suurin osa vastanneista ilmoitti reagoivansa muuttuneisiin oireisiin ja testituloksiin kohtalaisen nopeasti. Välittömästi arvioi reagoivansa aina vain yksi haastatelluista. Yksi haastatelluista ilmoitti reagoivansa muuttuneisiin oireisiin ja testituloksiin kohtalaisen harvoin heti.

Tässä tutkimuksessa arvioitiin myös tyypin 2 diabeetikoiden selviytymiskykyä. Tutkivilta kysyttiin sairauden vaikutusta fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämään sekä siihen, miten hyvin diabeetikot kokevat kaiken kaikkiaan kykenevänsä elämään terveellisesti. Vastaajista kahdeksan kymmenestä arvioi hallitsevansa sairauden vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteen hyvin tai kohtalaisen hyvin. Yksi vastanneista koki kuitenkin hallitsevansa vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteen kohtalaisen heikosti. Kaikki vastanneet kokivat hallitsevansa sairauden vaikutukset mielialaan ja sosiaaliseen elämään vähintään kohtalaisen hyvin. Valtaosa vastaajista koki pystyvänsä terveelliseen elämään aina tai melkein aina. Kuitenkin yksi vastanneista koki kykenevänsä terveelliseen elämään melko heikosti.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kahdesta näkökulmasta (Kankkunen ym. 2013, 189). Voidaan tarkastella tutkimuksen validiteettia eli sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri niitä asioita, joita oli tarkoitus mitata sekä reliabili-

teettia eli tutkimuksen toistettavuutta. (Kankkunen ym. 2013, 189; Ketokivi 2015, 97).

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkimuksessa käytettävän mittarin esitetaaminen eli pilotointi varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla, jolloin varmistutaan mittarin luotettavuudesta ja toimivuudesta (Kankkunen ym. 2013, 191). Tässä opinnäytetyössä käytettävää PIH-mittarin luotettavuutta on testattu aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Asteikon on todettu olevan käsitteellisesti validi ja sisäisesti johdonmukainen (Petkov ym. 2010). Myös Córdova (2014) työryhmineen on todennut mittarin edustavan korkeaa validiteettia ja reliabiliteettia.

Kun käytetään kansainvälisiä tutkimusmenetelmiä, käännökseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta tutkimuksen luotettavuus säilyy. Tässä tutkimuksessa käytetyn PIH-mittarin yhteneväisyys alkuperäisen ja kohdekielen välillä varmistettiin kääntämällä mittari alkuperäisestä englannin kielestä suomeksi Satakunnan ammattikorkeakoulun asiantuntijaopettajien toimesta, minkä jälkeen englannin kielen asiantuntija käänsi mittarin takaisin englanniksi. Lisäksi asiantuntijaraati testasi käännöksen ja kielen oikeellisuuden sekä sisällön että suomen kielen termien osalta. Mittarin käännöksen kieliasua ja ymmärrettävyyttä esitettiin 10 diabetespotilaalla ja 10 diabeteshoitajalla. (Maneesriwongul ym. 2004.)

Tutkimusaineistoksi saatujen haastattelujen määrä ilmaisee osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä saatujen vastausten määrä oli pieni, jolloin tutkimuksen otoksen edustavuus perusjoukosta eli niistä, joissa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, jää kyseenalaiseksi. Tuloksia analysoitaessa ei kuitenkaan paikattu puuttuvia tietoja, koska se lisää entisestään tutkimuksen epävarmuutta (Vehkalahti 2008, 44, 81).

6.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Tämän opinnäytetyön perusteella PIH-FIN-mittari on käyttökelpoinen arvioitaessa tyypin 2 diabeetikoiden omahoidon valmiuksia ja mahdollista tuen tarvetta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet tyypin 2 diabeetikot kokivat tietävänsä sairaudestaan ja

sen hoidosta ja olivat sitoutuneita hoitoonsa. Jostain syystä, vaikka heillä oli tietoa sairaudestaan ja kykyä sitoutua omahoitoon, muuttuneisiin oireisiin ja testituloksiin ei kuitenkaan tartuttu erityisen tunnollisesti. Myös selviytyminen koettiin jossain määrin haasteelliseksi. Chan ym. (2014) esitetasivat Flinders ProgramTM -omahoidon tukiohjelman vaikutuksia omahoidon valmiuksiin ja he totesivat ohjelman lisäävän oireiden tunnistamista. Voisiko vastaavasta omahoidon tukiohjelmasta olla hyötyä diabeteksen hoidonohjauksessa Suomessa?

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto on kokonaisuudessaan suppea, mikä vaikuttaa tuloksiin ja tulosten raportointiin. Jatkossa tutkimusaineistoa voisi pyrkiä laajentamaan. Voimalaskelmien avulla voisi määritellä riittävän suuren otoskoon, jotta tutkimustuloksista saataisiin tilastollisesti merkittäviä (Selander 2014). Aineistonkeruuseen voisi panostaa enemmän resursseja. Tutkimuksen toistettavuutta voisi arvioida reliabiliteettitestin (Ketokivi 2015, 96-103). Laajempi aineisto mahdollistaisi taustatekijöiden ja omahoidon valmiuksien yhteyden tarkastelun eettisyyden kärsimättä. Lisäksi tarkasteltaviin taustatekijöihin voisi jatkossa lisätä muuttujia kuten liikunta-harrastukset tai ruokavalion, ja tällöin voisi tarkastella esimerkiksi sitä, minkälainen yhteys liikunnan harrastamisella on tyyppin 2 diabeetikoiden omahoidon valmiuksiin. Tutkimusaineistoa laajentamalla saataisiin siis luotettavaa ja monipuolista tietoa tyyppin 2 diabeetikoiden valmiuksista omahoitoon ja heidän tarvitsemastaan tuesta.

LÄHTEET

Battersby, M., Ask, A., Reece, M., Markwick, M. & Collins, J. 2003. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* 9, 41-51.

Battersby, M., Ah Kit, J., Prideaux, C., Harvey, P., Collins, J. & Mills, P. 2008. Research implementing the Flinders Model of self-management support with aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. *Australian Journal of Primary Health* 14, 66-74.

Battersby, M. n.d. Self-management an overview. Viitattu 3.4.2016.
<http://www.ha.org.hk/haconvention/hac2015/proceedings/downloads/S1.3.pdf>

Chan, J., McBurney, H., & Bell, L. 2014. A pilot study to assess the efficacy of the Flinders Program of Chronic Condition Self-management on the health and wellbeing of haemodialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal* 10, 66-74.

Córdova, I., Barrios, F., Gutierrez, T., Pinonez-Martinez, M., Quitero-Valle, L. & Castaneda-Hidalgo, H. 2014. Self-management in chronic conditions : partners in health scale instrument validation. *Nursing Management* 20, 32-37.

Diabetesliiton www-sivut. 2015a. Viitattu 15.10.2015.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/tietopankki/diabeetikon_omahoidon_tuki

Diabetesliiton www-sivut. 2015b. Viitattu 15.10.2015.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/seuranta/vastaanottokaynnit

Diabetesliiton www-sivut. 2016a. Viitattu 9.2.2016.
<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa>

Diabetesliiton www-sivut. 2016b. Viitattu 8.2.2016.
<http://www.diabetes.fi/teachingletter13>

Ebeling, T. 2013. Diabeetikon jalkaongelmat. Viitattu 8.12.2015.
www.terveysportti.fi

Espoon kaupungin www-sivut. 2016. Viitattu 19.1.2016. www.espoo.fi

Flindersin yliopiston www-sivut. 2016. Viitattu 2.4.2016.
<https://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm#FlindersModel>

Heikkinen, T., Kallioniemi, V., Kekäläinen, P., Koski, P., Laine, M., Lax, U-R., Nuutinen, H., Pietarinen, M., Puranen, R., Rissanen, M-A., Salonen, K. & Tulokas, S. 2008. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet – Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyyppin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. DEHKO-sarja. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 8.2.2015.
http://www.diabetes.fi/files/1059/Heku_terveydenhuoltohenkilosto_netiti.pdf

Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtanen, J., Kallioniemi, L., Kokkonen, L. & Turku, R. 2005. Syömismerkit. Teoksessa T. Helminen (toim.) Tyypin 2 diabetes. Opas aikuistyyppin diabeetikolle. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry, 14-15.

Himanen, O. 2015a. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Himanen, O. 2015b. Hyvä hoito on tärkeää. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. 2015a. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 15.10.2015. www.terveysportti.fi

Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. 2015b. Metabolinen oireyhtymän kriteerit. Viitattu 15.10.2015. www.terveysportti.fi

Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. 2015c. Insuliini ja sen tehtävät. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Ilanne-Parikka, P. 2010. Luotettava ja tavoitteellinen verensokerin omaseuranta. DEHKO-raportti 2010:4. Diabetesliitto. Viitattu 8.12.2015. http://www.diabetes.fi/files/1423/DEHKO_raportti_2010_4_Luotettava_ja_tavoitteellinen_verensokerin_omaseuranta.pdf

Ilanne-Parikka, P. 2015a. Sokerihemoglobiini, HbA1c. Viitattu 17.10.2015. www.terveysportti.fi

Ilanne-Parikka, P. 2015b. Diabetes ja tupakointi. Viitattu 15.10.2015. www.terveysportti.fi

Ilanne-Parikka, P. 2015c. Diabeteksen hoitosuunnitelma. Viitattu 17.12.2015. www.terveysportti.fi

Järvala, T., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa. 1998-2007. Viitattu 13.10.2015. <http://www.diabetes.fi/files/1266/Kustannusraportti.pdf>

Jyväskylän kaupungin www-sivut. 2016. Viitattu 19.1.2016. www.jyvaskyla.fi

Kangasalan kunnan www-sivut. 2016. Viitattu 19.1.2016. www.kangasala.fi

Kankkunen, O. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ketokivi, M. 2015. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Koski, S. 2015. Diabetesbarometri 2015. Viitattu 16.12.2015. <http://www.diabetes.fi/files/6203/barometri2015.pdf>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa T-M. Rintala, S. Kotisaari, S. Olli & R. Simonen (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 27-36.

Käypä hoito -suositus 2007. Diabeettinen nefropatia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Nefrologiyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 8.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50060>

Käypä hoito -suositus 2016. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Viitattu 31.3.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50056>

Lempäälän kunnan www-sivut. 2016. Viitattu 19.1.2016. www.lempaala.fi

Maneesriwongul, W. & Dixon, J. 2004. Instrument translation process: a methods review. Journal of Advanced Nursing 48, 175-186.

Marttila, J. 2015a. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Viitattu 15.10.2015. www.terveysportti.fi

Marttila, J. 2015b. Diabeteksen omahoidon tukiverkostot. Viitattu 15.10.2015. www.terveysportti.fi

Mervaala, E. & Isomaa, B. 2013. Diabeettinen neuropatia. Viitattu 8.12.2015. www.terveysportti.fi

Pekkonen, L. & Nikkanen, P. 2014. Diabeteksen hoidon tavoitteet ja seuranta. Viitattu 31.3.2016. www.terveysportti.fi

Petkov, J., Harvey, P. & Battersby, M. 2010. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. Quality of Life Research 19, 1079-1085.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Rönnemaa, T. 2015. Miksi diabeetikon sepelvaltimotautiriski on muita suurempi? Viitattu 8.12.2015. www.terveysportti.fi

Saraheimo, M & Sane, T. 2015. Diabeteksen yleisyys. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015a. Mitä diabeteksen hoito on? Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015b. Mitä diabetes on? Viitattu 17.10.2015. www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015c. Miten diabetes todetaan? Viitattu 17.12.2015.
www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015d. Tyypin 1 diabetes ja siihen sairastuminen. Viitattu 7.12.2015.
www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015e. Tyypin 2 diabetes. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Saraheimo, M. 2015f. Diabeteksen oireet. Viitattu 7.12.2015. www.terveysportti.fi

Selander, T. Tutkimusopas. Aineistokoko ja voima-analyysi. Viitattu 31.3.2016.
[https://www.pssh.fi/documents/11427/51796/Aineistokoko+ja+voima-analyysi Tutkimusopas 4 2014.pdf/1069af1f-d1aa-4914-aaca-45d8a8a85bf1](https://www.pssh.fi/documents/11427/51796/Aineistokoko+ja+voima-analyysi+Tutkimusopas+4+2014.pdf/1069af1f-d1aa-4914-aaca-45d8a8a85bf1)

Seppälä, A. & Nykänen, P. 2014. Suomalaisten omahoito- ja terveystaltioratkaisujen tarkastelua kansallisen kehityksen näkökulmasta. Informaatiotieteiden yksikön raportteja 32/2014. Tampereen yliopisto. Viitattu 31.3.2016.
http://www.uta.fi/sis/reports/index/R32_2014.pdf

Seppänen, M. 2013. Diabeteksen silmäsairaus (diabeettinen retinopatia). Viitattu 8.12.2015. www.terveyskirjasto.fi

Seppänen, S. & Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edit Prima Oy.

Toljamo, M. 1999. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Self-care among adults with insulin-treated diabetes mellitus. Viitattu 3.2.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:9514251180>

Turku, R. 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Teoksessa T-M. Rintala, S. Kotisaari, S. Olli & R. Simonen (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 41-53.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Yki-Järvinen, H. 2015. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Viitattu 17.12.2015.
www.terveysportti.fi

Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2013. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Viitattu 4.4.2016. www.terveysportti.fi



YHTEISTYÖ OMAHOIDOSSA (PIH-FIN)

© Flinders Human Behaviour & Health Research Unit – Flinders University 2010

Kysely yhteistyöstä omahoidossa pitkäaikaissairaille henkilöille

Vastausohje: Ole hyvä ja ympyröi jokaisen kysymyksen kohdalla janalta se numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi.

1. Kaiken kaikkiaan tiedän terveydentilastani¹:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Erittäin vähän			Jonkin verran			Paljon		

2. Kaiken kaikkiaan tiedän terveydentilani hoidosta ja lääkityksestäni:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Erittäin vähän			Jonkin verran			Paljon		

3. Otan minulle määrättyt lääkkeet ja noudatan lääkärini tai hoitohenkilöstön kanssa sopimiani hoito-ohjeita:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

¹ Terveydentila tarkoittaa terveyttä mukaan lukien pitkäaikaissairaudet

4. *Osallistun terveydentilaani liittyvään päätöksentekoon yhdessä minua hoitavan lääkärin tai hoitohenkilöstön kanssa:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

5. *Pystyn sopimaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, että saan tarvitsemani terveyspalvelut kulttuurini, arvojeni ja vakaumukseni mukaisina:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

6. *Käyn lääkärini tai hoitohenkilöstöni vastaanotolla sovitusti:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

7. *Seuraan säännöllisesti terveydentilaani ja siihen liittyviä oireita ja testejä (esim. verensokeri, PEF-arvo, paino, hengenahdistus, kipu, uniongelmat, mielialan vaihtelut):*

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

8. *Reagoin heti kun terveydentilaani kuvaavat testit ja oireet pahentuvat:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus			Aina		

9. Hallitsen sairauteni vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteeni (esim. liikkuminen, kotiaskareiden tekeminen):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Heikosti			Kohtalaisesti			Hyvin		

10. Hallitsen sairauteni vaikutukset mielialaani (esim. tunteeni, mielen hyvinvointini):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Heikosti			Kohtalaisesti			Hyvin		

11. Hallitsen sairauteni vaikutukset sosiaaliseen elämäni (esim. vuorovaikutukseni muiden ihmisten kanssa):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Heikosti			Kohtalaisesti			Hyvin		

12. Kaiken kaikkiaan pystyn elämään terveellisesti (esim. en tupakoi, käytän kohtuullisesti alkoholia, syön terveellisesti, harrastan säännöllistä liikuntaa, kykenen stressin hallintaan):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Heikosti			Kohtalaisesti			Hyvin		

Kiitos vastaamisesta!

LIITE 2

Taustatiedot

1. Ikä _____ vuotta
2. Sukupuoli
 - a) nainen
 - b) mies
3. Asutteko
 - a) yksin
 - b) avio-/avoparinne kanssa
 - c) lastenne/lastenlastenne kanssa
4. Koulutus
 - a) peruskoulu/kansakoulu
 - b) keskiaste/opisto/ammattikoulu
 - c) korkeakoulu/yliopisto
5. Taloudellinen tilanne, käytettävissä olevat tulot /kk
 - a) alle 500 euroa
 - b) 500–1000 euroa
 - c) 1000–2000 euroa
 - d) yli 2000 euroa
6. Viimeisin laboratoriossa mitattu HbA1c-arvo
_____ % tai _____ mmol/mol
7. Diabeteksen hoitomuoto
 - a) tablettihoito
 - b) insuliinihoito

LIITE 3

Suostumus ”Yhteistyö omahoidossa” tutkimukseen

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimukseen osallistumisesta. Suostun osallistumaan ”Yhteistyö omahoidossa” tutkimuksen haastatteluun. Minuun voi ottaa yhteyttä haastatteluajankohdan ja paikan sopimiseksi alla ilmoittamieni yhteystietojen perusteella

Nimi

Syntymävuosi

Kotipaikkakunta

Puhelinnumero

Aika ja paikka

Allekirjoitus



YHTEISTYÖ OMAHOIDOSSA (PIH-FIN)

Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoito merkitsee sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Omahoito sisältää pitkäaikaissairauden edellyttämän hoidon ja omasta terveydestä huolehtimisen. Omahoidolla ja omahoidon tukemisella ylläpidetään hyvää hoitotasapainoa, ehkäistään liitännäissairauksia ja parannetaan potilaan elämänlaatua sekä vähennetään sairaalahoidon tarvetta.

Omahoidon arviointiin ja potilaan aktiiviseen osallistumiseen hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen on olemassa Australiassa v. 2003 kehitetty ja kansainvälisessä käytössä oleva Partners in Health Scale (PIH-mittari)¹. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on pilotoida PIH-mittarin suomenkielinen versio ja arvioida omahoidon toteutumista tyypin 2 diabetesta sairastavilla yli 60-vuotiailla henkilöillä. Tuloksia verrataan viidessä muussa Euroopan maassa tehtävään vastaavaan tutkimuskyselyyn. Tuloksia hyödynnetään omahoidon vahvistamisessa yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden, koulutuksen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Vastausohje: Ole hyvä ja ympyröi jokaisen kysymyksen kohdalla janalta se numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi. Kysymyksiä on yhteensä 12, erilaiset vastausvaihtoehdot janalla ovat:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Erittäin vähän			Jonkin verran				Paljon	
TAI								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
En koskaan			Joskus				Aina	
TAI								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Heikosti			Kohtalaisesti				Hyvin	

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastattuasi jokaiseen väittämään ole hyvä ja palauta lomake suljetussa kirjeessä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja lomakkeet ovat vain haastattelun tekijöiden ja tutkijoiden käytössä. Vastaajan henkilötietoja ei kysytä ja tulokset esitellään kaikkia vastaajia kuvaavien tunnuslukujen ja taulukoiden avulla.

Kiitos jo etukäteen!

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Seija Olli, TtT, lehtori; Sari Teeri, TtT, yliopettaja; Anne-Maria Kanerva, TtT, lehtori

044-710 3457, seija.oli@samk.fi

¹ © Flinders Human Behaviour & Health Research Unit – Flinders University 2010, FLINDERS CHRONIC CONDITION MANAGEMENT PROGRAM™